



ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข

อพ.ดร.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

คณະทำงานวิชาการหลักเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข

ผอ.ดร.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

คณะทำงานวิชาการหลักเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

เลขมาตรฐานประจำหนังสือ

978-974-299-124-1

พิมพ์ครั้งที่ 1 กุมภาพันธ์ 2552

จำนวนพิมพ์ 5,000 เล่ม

ประสานงาน

วนิดา ช่วยปลอด

ฐิติมา นวชินกุล

ออกแบบปกและรูปเล่ม

ชาตรี ทับละม่อม

พิมพ์ที่

สำนักพิมพ์วันดีคืนดี

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2951-1286-93 โทรสาร 0-2951-1295

www.hsri.or.th



สร้างคุณค่าความเป็นคน
สร้างสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง



สารบัญ

คำนำ	7
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	15
บทที่ 1 บทนำ	23
1.1 ขอบเขตของบริการปฐมภูมิ	23
1.2 บทบาทและความสำคัญของบริการปฐมภูมิ	27
1.3 บทบาทของบริการปฐมภูมิในบริบทไทย	30
บทที่ 2 สถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของไทย	35
บทที่ 3 การคลังระบบบริการปฐมภูมิ	41
3.1 งบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิ	41
3.2 การจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิ	45
3.3 การบริหารงบประมาณภายในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	47
3.4 สถานการณ์ด้านการเงินของสถานีนอมนัย	49
บทที่ 4 ทรัพยากรและความจำเป็นที่กระทรวงสาธารณสุข ต้องพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็ง	55
บทที่ 5 ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข	61
5.1 ให้มีการจัดตั้งหน่วยงานส่วนกลางใน กระทรวงสาธารณสุขเพื่อบริหารยุทธศาสตร์ การพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิของกระทรวง	63
5.2 จัดให้มีหน่วยบริหารจัดการกลางระดับเขต/จังหวัด	65
5.3 จัดตั้งกองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ	67

คำนำ



เมื่อเริ่มมีการศึกษาเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายเพื่อหารูปแบบที่จะสร้างหลักประกันเวลาเจ็บป่วยให้กับประชาชน มีอยู่สองเรื่องที่ชัดเจนว่ามีความสำคัญต่อความยั่งยืน และคุณภาพของระบบหลักประกันที่ไม่ได้อิงการประกันโดยภาคเอกชน

เรื่องแรกคือการทำกติกาเรื่องการเงินให้ชัดเจน ให้สามารถใช้เงินที่มีอยู่จำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เรื่องที่สองคือการทำให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิที่มั่นคง ครอบคลุม กว้างขวาง และมีคุณภาพ

สำหรับเรื่องแรก คำตอบสำหรับประเทศไทย คือการใช้เงินจากภาษีอากร มาจัดสรรตามหัวประชากรลงไปในแต่ละพื้นที่ แล้วเอาเงินที่ได้ซื้อบริการจากหน่วยบริการที่มีในแต่ละพื้นที่ ทั้ง รัฐ และเอกชน โดยกติกา หรือรายละเอียดในการซื้อบริการก็แตกต่างกันไปตามประเภทและลักษณะของบริการ



ส่วนเรื่องที่สอง คำตอบก็ชัดเจนเช่นเดียวกันว่า กติกาซื้อบริการที่สำคัญมากข้อหนึ่ง คือต้องซื้อบริการจากหน่วยบริการที่เรียกว่า CUP (contracting unit for primary care) โดยหน่วยที่เรียกว่า CUP จะได้รับเงินตามจำนวนประชากรที่ตกลงกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพฯ (สปสช.) แล้วรับผิดชอบจัดบริการให้กับประชาชนในความดูแลตามเงื่อนไขที่ สปสช. กำหนด

รูปธรรมว่าใครจะเป็น CUP มีสิทธิเป็นคู่สัญญากับ สปสช. ก็ดูจะชัดเจน ส่วนรายละเอียดว่า เมื่อได้เงินไปแล้วจะต้องจัดบริการอะไรบ้าง ก็ดูจะชัดเจนเช่นเดียวกัน

ดูไปก็ไม่น่าจะมีปัญหาใด ๆ และระบบหลักประกันสุขภาพก็น่าจะดำเนินการไปได้ด้วยดี ไม่น่าจะต้องมามีรายงานวิชาการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ หลังจากทำงานไปแล้วถึง 6 ปี

มีปรากฏการณ์อยู่อย่างน้อย สองอย่างที่เห็นที่มาทำให้ต้องมีการจัดตั้งทีมมาศึกษาเรื่อง การจัดบริการปฐมภูมิ เพื่อดูว่าน่าจะต้องมีการปรับปรุงสิ่งที่ได้กำหนดขึ้นมาในส่วนไหนอย่างไร เป็นเรื่องระดับปฏิบัติการ หรือเรื่องระดับยุทธศาสตร์

ปรากฏการณ์แรก คือ การที่บริการปฐมภูมิในเขตเมืองโดยเฉพาะ ใน กทม. ดูจะยังไม่เกิดภาพชัดเจน มีรูปธรรมของ CUP หลายแบบ แต่โดยรวม ๆ ยังไม่เห็นบริการเชิงรุกของหน่วยบริการปฐมภูมิ เหมือนที่เกิดขึ้นในชนบทหลายอำเภอ โดยเฉพาะที่เป็นการทำสัญญากับคลินิกภาคเอกชน จนอาจกล่าวได้ว่าหากไม่สามารถกำหนดรูปแบบ และเครือข่ายบริการปฐมภูมิสำหรับเขตเมืองได้ชัดเจนกว่าที่เป็นอยู่ ประชาชนในเขตเมืองน่าจะได้รับการดูแลสุขภาพเชิงรุกรุนน้อยกว่าที่ควร และระบบหลักประกันสุขภาพจะพึ่งพิงบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง และป้องกันแต่เนิ่น ๆ

ไม่ให้เกิดขึ้น ด้วยการสร้างเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ชัดเจนและมีคุณภาพ สามารถทำงานเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปรากฏการณ์ที่สอง เป็นภาพในชนบท ที่โดยทฤษฎี น่าจะเกิดการ ทำงานที่ โรงพยาบาลชุมชน กับ สถานีอนามัย อันเป็นโครงข่ายที่ยึดพื้นที่ได้ดี มีการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด สามารถเอางบประมาณที่ได้รับในฐานะคู่สัญญาที่จะต้องดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ลงไปให้บริการประชาชนได้ดีขึ้นกว่าที่ผ่านมา เพราะได้รับจัดสรรงบประมาณตามหัวประชากรในพื้นที่

แต่ความเป็นจริง ดูจะมีความหลากหลาย ตั้งแต่ สถานีอนามัยที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดี สร้างรูปแบบการทำงานใหม่ ๆ ในเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ CUP (ซึ่งในทางปฏิบัติคือ โรงพยาบาลชุมชน) ที่สามารถทำงานกับสถานีอนามัยได้เป็นอย่างดี ทำหน้าที่เป็นหลักอิง และหน่วยสนับสนุนได้อย่างยอดเยี่ยม ไปจนถึงสถานีอนามัยที่ไม่ได้รับการเหลียวแลจาก CUP เท่าที่ควร หรือ CUP ที่ทำงานกับสถานีอนามัยไม่ต่อเนื่อง ต้องมีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะ ๆ ตามการเปลี่ยนแปลงของฝ่ายบริหารในโรงพยาบาลชุมชน หรือ สถานีอนามัย

ในขณะเดียวกัน ภาระงานในโรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ ก็เพิ่มขึ้น โดยไม่มีความชัดเจนว่าได้มีการใช้ศักยภาพของสถานีอนามัยในพื้นที่อย่างเต็มที่มากนักน้อยเพียงไร ในการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย ในขณะที่บางแห่งที่จัดเครือข่ายกับสถานีอนามัยได้ดี สามารถลดจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาลได้ พร้อมกับเพิ่มการทำงานในสถานีอนามัย ดูแลสุขภาพทั้งในเชิงรุกและเชิงรับได้ดีขึ้น

คำถามสำคัญที่เกิดขึ้นคือ ปรากฏการณ์ที่เห็นสะท้อนความไม่เข้าใจของผู้เกี่ยวข้อง และสามารถแก้ไขได้ด้วยการให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ทำงานในหน่วยบริการภายใต้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ



หรือต้องแก้ไขด้วยการกำหนด กติกา จัดให้มีกลไก และปรับปรุงวิธีการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิอย่างที่ตั้งใจได้อย่างมีคุณภาพ

รายงานวิชาการฉบับนี้ เป็นผลจากการหาข้อมูลเพื่อตอบคำถามสำคัญที่ว่านี้ โดยมีแนวทางการทำงานวิเคราะห์บนฐานที่ว่าการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิที่ดีในประเทศไทย น่าจะแบ่งได้เป็นสองส่วนใหญ่ ๆ ส่วนแรกคือส่วนที่อยู่ในชนบท ซึ่งปัจจุบันอยู่ในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุขเกือบทั้งหมด โดยคู่สัญญาที่เป็น CUP สำหรับในชนบท แทบทั้งหมดจะเป็น โรงพยาบาลชุมชน ของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนหน่วยบริการในเครือข่ายของ CUP ก็เป็นสถานีนอมา้ยในเขตอำเภอเดียวกัน

ส่วนในเขตเมือง นอก กทม. CUP จำนวนหนึ่งก็เป็นหน่วยงานในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้น หากสามารถวิเคราะห์ เพื่อให้ข้อเสนอแนะแก่กระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยแนวทางการปรับปรุงการทำงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ บริการปฐมภูมิ น่าจะส่งผลให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนส่วนใหญ่ นอกเขต กทม. โดยเฉพาะนอกเขตเมืองในจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ

และยังอาจได้แนวทางการทำงาน เกี่ยวกับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพสำหรับอนาคต เพราะหากได้ภาพที่ชัดเจนในเชิงยุทธศาสตร์ ว่าด้วยการจัดการระบบบริการปฐมภูมิในชนบท น่าจะทำให้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพเกิดความชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะคำถามเรื่อง การถ่ายโอนสถานีนอมา้ยว่าควรจะมีการดำเนินการอย่างไร ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพพื่อนาม้ยประชาชนได้ดี หลังมีการกระจายอำนาจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว

รายงานนี้จึงเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์ และสังเคราะห์เพื่อวางรากฐานของระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น ต่อเนื่องจากความพยายามที่ได้ริเริ่มมาแล้ว ตั้งแต่การจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อปี 2546

เป้าหมายสำคัญของรายงานฉบับนี้ คือชี้ให้เห็นประเด็นสำคัญที่ควรมีการปรับเปลี่ยน โดยเฉพาะในส่วนของการทรวงสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลโครงสร้างระบบบริการปฐมภูมิในชนบท โดยไม่ได้พูดถึงส่วนของการซื้อบริการของ สปสช. ไม่ใช่เพราะประเด็นด้านการเงินไม่มีความสำคัญ แต่เพราะกระทรวงสาธารณสุขเองมีความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนในส่วนนี้ ภายใต้โครงข่ายบริการที่มีขนาดใหญ่ทั่วประเทศ โดยเฉพาะในส่วนของการกระจายความเสี่ยงข้ามเครือข่าย CUP และการบริหารจัดการงบประมาณส่วนของการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่มีหลักการจัดสรรจาก สปสช. ในลักษณะที่เน้นพื้นที่เป็นหลัก เสริมกับการซื้อบริการผ่าน CUP อยู่แล้ว

หลายฝ่ายตั้งข้อสังเกตว่า การทำข้อเสนอแนะกับกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับสถานีนอมา้ย น่าจะเป็นการเสนอแนะที่มีข้อจำกัด เพราะแนวโน้มชัดเจนว่า ต้องมีการถ่ายโอนสถานีนอมา้ยให้แก่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น

คณะผู้วิจัยมั่นใจว่า หากมีการนำข้อเสนอแนะในรายงานไปสู่การปฏิบัติภายใต้โครงสร้างและระบบการดูแลสุขภาพพื่อนาม้ยอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เชื่อแน่ว่าฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจ จะเห็นโอกาสของการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ที่กว้างขวางขึ้น มากกว่าเพียงรูปแบบการถ่ายโอนสถานีนอมา้ยที่จะทำให้ท้องถิ่นมีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนในวงจำกัด



ในส่วนอื่น ๆ ของการจัดระบบบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะในส่วน
ของภาคเอกชน และสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ที่จะมีบทบาทอย่างมากใน
การสร้างเสริมความเข้มแข็งกับระบบบริการปฐมภูมิ ไม่ได้อยู่ในขอบเขตการ
ศึกษาและรายงานฉบับนี้ แต่จะมีรายงานแยกต่างหาก เพราะเป็น
ส่วนหนึ่งของชุดโครงการศึกษาเพื่อการปรับปรุงระบบบริการปฐมภูมิ
ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น

แม้เป้าหมายใหญ่ของรายงานจะมุ่งที่การปรับการจัดการในส่วน
ของกระทรวงสาธารณสุข แต่เชื่อว่า รายละเอียดของข้อมูล ข้อค้นพบ
และข้อเสนอจะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยบริการในระดับโรงพยาบาล
ชุมชน และสถานีอนามัย ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับ แนวคิด และ
วิธีการจัดบริการปฐมภูมิ นอกเหนือไปจากเนื้อหาตามที่กำหนด
โดย สปสช. เนื่องจากความเข้าใจในแนวคิด และมองเห็นภาพรวมของ
ระบบบริการปฐมภูมิ รวมไปถึงภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้การ
ปรับตัว และปรับปรุงการจัดการ สอดคล้องกับความเป็นจริง ในแต่ละ
พื้นที่ รวมทั้งช่วยให้เห็นช่องว่างของการทำงาน และโอกาสในการจัดการ
ให้ดีขึ้นกว่าเท่าที่กำหนดมาโดยส่วนกลาง หรือที่กำหนดมาจาก CUP
หรือ สปสช. เท่านั้น และแม้การวิเคราะห์และข้อเสนอแนะจะไม่ได้ลงลึก
ในส่วนของการจัดระบบส่งต่อ เพื่อสนับสนุนการทำงานของ CUP และ
หน่วยบริการในเครือข่ายของระบบบริการปฐมภูมิ แต่ก็หวังว่า ผู้ให้
บริการในเครือข่ายส่งต่อ จะเข้าใจสิ่งที่เรียกว่า ระบบบริการปฐมภูมิได้
ดียิ่งขึ้น และร่วมกันหารูปแบบสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายปฐมภูมิ
ให้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่

“ระบบบริการปฐมภูมิ จะมีประสิทธิภาพ สามารถครอบคลุม
ประชากรได้ทั่วถึง และทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญที่จะสร้างความยั่งยืนแก่
ระบบประกันสุขภาพ ก็ต่อเมื่อฝ่ายต่าง ๆ หันมาทำความเข้าใจ และ

ทำงานร่วมกัน มากกว่าเพียงการพูดสรรเสริญแนวคิด แต่ปล่อยให้โอกาส
ในการทำงานสอดคล้องกับแนวคิดหลุดลอยไป เพราะมองหน่วยต่าง ๆ
แยกย่อยออกจากกัน หรือมองเห็นแค่เนื้อหาการบริการในชุดสิทธิ
ประโยชน์ และงบประมาณที่จะได้รับ แทนการมองทะลุแนวคิด มองเห็น
ศักยภาพภาคี และร่วมกันสร้างรูปแบบการทำงานที่หลากหลายใน
ลักษณะของเครือข่าย โดยยึดแนวคิด และเป้าหมาย มากกว่าเพียงบัญชี
รายการงานที่ต้องทำ และงบประมาณที่จะได้รับในแต่ละหน่วยบริการ

คณะผู้วิจัยหวังว่า รายงานฉบับนี้จะช่วยให้ทุกฝ่าย หันมาเรียนรู้
แล้วร่วมกันทำงานเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นหัวใจสำคัญของ
ระบบหลักประกันสุขภาพเชิงรุกให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

ประธานคณะทำงานวิชาการหลักเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ





บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

รายงานฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การทำงานของคณะทำงานวิชาการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประมวลสถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของไทยที่ผ่านมา วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ และประชุมระดมความคิดเห็นในกลุ่มนักวิชาการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระบบบริการปฐมภูมิถือเป็น **กลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างความเป็นธรรม**ด้านสุขภาพในระบบสุขภาพ และเป็นนโยบายที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกมาร่วม 30 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978 ทั้งนี้หลักฐานเชิงประจักษ์จากนานาประเทศรวมทั้งประเทศไทยสนับสนุนว่า ระบบบริการปฐมภูมิมิมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งนี้ระบบบริการปฐมภูมิถือเป็นแกนหลัก



ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ มิใช่บริการที่จัด โดยเฉพาะสำหรับประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือเพื่อคนยากจน ทั้งนี้ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ **ยังคงเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบท**สังคมและปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไปของโลกและนานาชาติ ประเทศ ในการนำสังคมไปสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมมากขึ้น สภาพปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อเฉียบพลัน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจมีหรือไม่มีภาวะทุพพลภาพร่วมด้วย ต้องการการ**ดูแลแบบต่อเนื่อง มีบูรณาการ และระยะยาว** ยิ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นและบทบาทของระบบบริการปฐมภูมิ เนื่องจากสามารถให้บริการที่ต่อเนื่อง และบูรณาการได้ดีกว่าบริการของโรงพยาบาล รวมถึงการให้บริการเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ขณะเดียวกันปัญหาโรคเรื้อรังเพิ่มอุปสงค์ต่อบริการขึ้นมากจนเกินกว่าที่โรงพยาบาลจะรองรับได้

สถานการณ์ ระบบบริการปฐมภูมิของไทย

เนื่องจากผู้ให้บริการหลักในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นบุคลากรที่มีใบแพทย์ จึงมีข้อจำกัดในการให้บริการโดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล ประกอบกับการมีทรัพยากรมีจำกัด ทำให้การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จำเป็นต้องพัฒนาในลักษณะเครือข่ายบริการ โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายสนับสนุนการจัดบริการทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งด้านทรัพยากร องค์ความรู้ และการสนับสนุนต่าง ๆ และเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน ในที่นี้จึงขอกำหนดให้ระบบบริการปฐมภูมิ

หมายถึง “**เครือข่ายบริการสาธารณสุขที่ประกอบด้วย สถานพยาบาลที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำในการให้บริการ** เช่น โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กหรือศูนย์แพทย์ชุมชน **และมีสถานอนามัยหรือหน่วยบริการสาธารณสุขจำนวนหนึ่งที่มีได้มีแพทย์ประจำเป็นลูกข่าย**ในการให้บริการ โดยมีพื้นที่และจำนวนประชากรที่ต้องดูแลชัดเจนกลุ่มหนึ่ง เช่น 10,000-15,000 คน และมีการสนับสนุนเชื่อมโยงกันโดยอาศัยระบบข้อมูล การส่งต่อ และการสนับสนุนด้านความรู้และทรัพยากร” ทั้งนี้ ขอบเขตงานเป็นการทำงานผสมผสานทั้งในด้านการจัดบริการ การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน และทำงานผสมผสานกับภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน

สถานการณ์ด้านกำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิในระยะสิบปีที่ผ่านมา พบว่าไม่เพิ่มขึ้นแต่กลับมีแนวโน้มลดลง ขณะที่จำนวนประชากรและความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลับไปดูแลต่อเนื่องที่สถานอนามัยและสถานบริการปฐมภูมิ ส่งผลให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลให้อุปสงค์ต่อบริการเพิ่มขึ้นมาก ยิ่งเพิ่มภาระงานด้านการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาจมีผลกระทบด้านลบของการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและบริการเชิงรุกของหน่วยบริการ ทั้งนี้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ**ครึ่งหนึ่งของทั้งหมดที่มีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน** (เจ้าหน้าที่ 1 คน : ประชากร 1,250 คน) ขณะเดียวกันศักยภาพของบุคลากรในการทำงานตามขอบเขตบริการปฐมภูมิยังมีจำกัด



การพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศที่ผ่านมา โดยเฉพาะภายหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถูกชี้แนะโดย สปสช. ซึ่งเป็นองค์กรซื้อบริการ **ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขไม่ว่าในฐานะผู้กำหนดนโยบายหรือเจ้าของสถานพยาบาล ขาดศักยภาพ**ในการทำหน้าดังกล่าวทั้งในด้านโครงสร้าง อันเป็นผลจากการปฏิรูปโครงสร้างของกระทรวง และการขาดแคลนงบประมาณ ขณะเดียวกัน สปสช. ก็สนับสนุนทรัพยากรได้อย่างจำกัดเนื่องจากมิได้มีการกิจในการพัฒนาระบบในภาพรวม ทำได้เพียงสนับสนุนเฉพาะประเด็นที่ สปสช. สนใจและให้ความสำคัญเท่านั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลแม่ข่าย มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมนิเทศในพื้นที่ แต่ก็ขึ้นกับความสนใจและภาวะผู้นำของผู้บริหารแต่ละแห่ง บางจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทนำและแข็งขันในการพัฒนา มีการกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลแม่ข่ายต้องจัดสรรงบประมาณพื้นฐานให้กับทุกสถานีอนามัย ในขณะที่บางแห่งผู้บริหารเครือข่ายมีบทบาทนำในการพัฒนา มีการพัฒนารูปแบบบริการเชิงรุกในชุมชนและสนับสนุนลูกข่ายเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม ในบริบทที่มีการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) การตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (ร่วมลงทุนระหว่าง สปสช. และ อปท.) ในหลาย ๆ พื้นที่ ทำให้เกิดปัญหาการแยกส่วนการจัดการของระบบและดำเนินงาน

รูปแบบการบริหารและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมนิเทศในแต่ละเครือข่ายแตกต่างกันมาก ขึ้นกับสัมพันธ์ภาพของโรงพยาบาลกับลูกข่าย และวิสัยทัศน์ของผู้บริหารโรงพยาบาลแม่ข่าย รูปแบบการสนับสนุนครอบคลุมทั้งเรื่องงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุต่าง ๆ รวมทั้งการสนับสนุนด้านบุคลากรด้วย อย่างไรก็ตาม พบว่า

ภาระงานไม่สัมพันธ์กับสถานะการเงินของลูกข่ายขณะเดียวกันสถานะการเงินของแม่ข่ายก็มิได้สัมพันธ์กับของลูกข่าย บ่งชี้ว่า การจัดสรรเงินสนับสนุนลูกข่ายไม่สอดคล้องกับภาระงาน ขณะเดียวกันสถานะการเงินของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดีก็มิได้นำมาซึ่งการไปถึงลูกข่ายด้วย แม้โรงพยาบาลแม่ข่ายจะมีการสนับสนุนงบประมาณแก่ลูกข่ายก็ตาม แต่พบว่าเป็นไปเพื่อการให้ลูกข่ายสามารถดำเนินการจัดบริการได้ แต่อาจไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาบริการปฐมนิเทศให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

ข้อเสนอแนะ

ต่อกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะที่เป็นเจ้าของและผู้ดูแลระบบบริการสาธารณสุขโดยรวมของประเทศ จำเป็นต้องมีบทบาทในการกำหนดมาตรฐานบุคลากร ทั้งจำนวน ลักษณะ และศักยภาพ ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพระบบบริการ และการโยกย้ายทรัพยากรระหว่างบุคลากรภายในเครือข่าย เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร ทั้งนี้บทบาทดังกล่าวจะยิ่งทวีความสำคัญขึ้นหากมีการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมนิเทศไปยังอปท. กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับบทบาทมาทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและกำกับระบบบริการ ดังนั้นคณะทำงานฯ จึงมีข้อเสนอแก่กระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการปฐมนิเทศดังนี้

1. ให้มีการจัดตั้งสำนักบริหารยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมนิเทศในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อ (1) พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมนิเทศร่วมกับหน่วยงานอื่น



(2) วางแผนการลงทุนเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิทั้งด้านโครงสร้างและกำลังคน (3) บริหารยุทธศาสตร์และสนับสนุนการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ และ (4) กำหนดตัวชี้วัดในการติดตามประเมิน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. ให้มีการจัดตั้งหน่วยบริหารจัดการการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในระดับเขต/จังหวัด เพื่อ (1) บริหารจัดการ ส่งเสริม สนับสนุน ให้เกิดการพัฒนาบริการปฐมภูมิอย่างเป็นระบบและทั่วถึง (2) เพื่อให้เกิดการกระจายของทรัพยากรอย่างเป็นธรรม และเพิ่ม การเข้าถึงบริการของประชาชนในการบริการสุขภาพที่ซับซ้อนและใช้เทคโนโลยีระดับสูง (3) เพื่อประสานการจัดการระบบสุขภาพ และบริการสุขภาพร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ อปท. และเครือข่ายบริการใน พื้นที่ (4) เพื่อกำกับติดตามการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของเครือข่าย ต่าง ๆ

3. ให้จัดตั้งกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ (1) เพื่อให้มีงบประมาณเพื่อการ จัดบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน เป็นอิสระ ยืดหยุ่น และสามารถติดตามประเมิน ในภาพรวม (2) เพื่อให้มีหน่วยบริหารจัดการเพื่อการวางแผนและพัฒนา บริการปฐมภูมิในระดับอำเภอแบบองค์รวม สามารถตอบสนองความ ต้องการของชุมชนและปัญหาสุขภาพของพื้นที่ และระดมความร่วมมือ จากท้องถิ่นและชุมชน และ (3) เพื่อทำให้เกิดความมั่นใจว่าประชาชน โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ได้รับโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อย่างเสมอภาคกัน ทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับอื่น ทั้งนี้การบริหาร จัดการให้มีคณะกรรมการบริหารกองทุนที่มีตัวแทนจากทั้งหน่วยบริการ (โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย) ตัวแทน อปท. และ

ตัวแทนภาคชุมชน ทั้งนี้อาจขยายบทบาทของคณะกรรมการบริหาร เครือข่ายที่มีอยู่ให้มียุทธศาสตร์ประกอบและบทบาทหน้าที่ตามที่กำหนด

4. ให้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายและแผนการกระจายกำลังคนสำหรับระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทที่เป็นรูปธรรม ทั้งในด้านการกำหนดตำแหน่งและการบรรจุแต่งตั้ง รวมถึงสนับสนุนให้ CUP/กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิสนับสนุนงบประมาณในการ จัดจ้างบุคลากรสาธารณสุขสายวิชาชีพต่าง ๆ รวมถึงบุคลากรฝ่าย สนับสนุน เพื่อให้สามารถจัดบริการแก่ประชาชนได้ดีขึ้น และให้ CUP/ กองทุนฯ จัดสวัสดิการสำหรับบุคลากรที่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ ให้มีขวัญกำลังใจและดำรงอยู่ในระบบ ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุข ควรสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง CUP ในการบริหาร จัดการบุคลากรแนวใหม่ด้วย





1.1

ขอบเขตระบบบริการปฐมภูมิ

องค์การอนามัยโลกประกาศเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ. 2000 หลังการประชุมที่ Alma-Ata ในปี ค.ศ. 1978 โดยอาศัยยุทธศาสตร์ Primary Health Care: PHC ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของ PHC ว่าหมายถึง¹ “บริการสุขภาพที่จำเป็นที่จัดให้กับบุคคลและครอบครัวในชุมชนอย่างถ้วนหน้า โดยอาศัยองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสม เป็นที่ยอมรับ และมีราคาที่เหมาะสมและประเทศชาติสามารถจ่ายสนับสนุนการพัฒนาได้ในทุกระยะ โดยเน้นการพึ่งพาตนเองเป็นหลัก ทั้งนี้ PHC จะเป็นจุดเชื่อมของระบบบริการสุขภาพของประเทศ

1. WHO (1978) Primary Health Care. Geneva: World Health Organization



กับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน เป็นบริการขั้นแรกของกระบวนการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บุคคล ครอบครัว และชุมชน เข้าถึงได้ง่ายและสะดวก”

ทั้งนี้เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) ก็คือการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (Equity in health) แก่ประชาชนนั่นเอง โดยอาศัยยุทธศาสตร์สำคัญคือ PHC¹ โดยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างถ้วนหน้า และเป็นกลไกหลักในการเชื่อมประสานกับองค์กรต่าง ๆ ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน^{2,3}

ประเทศต่าง ๆ นำแนวคิดและนโยบายดังกล่าวขององค์การอนามัยโลกไปปฏิบัติแตกต่างกัน ตามบริบท ความเข้าใจ และการตีความที่แตกต่างกัน **กลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว**มักตีความว่า PHC เป็นเพียงหน่วยบริการด้านหน้าในการให้บริการสุขภาพแก่ปัจเจกชนและครอบครัว โดยแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป/ครอบครัว เช่น ระบบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในอังกฤษ ในขณะที่ประเทศไทยจะเรียกว่า ระบบบริการปฐมภูมิ และสำหรับประเทศกำลังพัฒนาหรือประเทศยากจน ซึ่งยังมีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอีกมาก PHC ถูกใช้เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ² โดยการทำงานเชิงรุกและร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาส

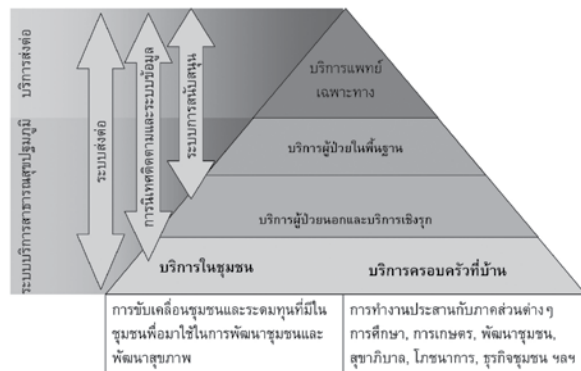
1. WHO (1978) Primary Health Care. Geneva: World Health Organization
2. WHO (2003) Health System: Principled Integrated Care. In: World Health Report 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Chapter 7.
3. WHO (2008) The World Health Report 2008 Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva, World Health Organization.

เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรในประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลาย ผู้ให้บริการหลักในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงมักมิใช่แพทย์ แต่เป็นพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการอบรม จากประสบการณ์ต่างประเทศพบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิเดียวมักเติบโตเข้มแข็งได้ยาก⁴ จึงเสนอให้พัฒนาเป็นลักษณะแบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care Network or District Health System) โดยมีโรงพยาบาลอำเภอเป็นแม่ข่ายในการสนับสนุนการจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในด้านต่าง ๆ เช่น การส่งต่อ การนิเทศติดตามระบบข้อมูล การสนับสนุนด้านวัตถุและเทคนิคต่าง ทั้งนี้ขอบเขตงานเป็นไปตามแผนภูมิที่ 1 เป็นการทำงานผสมผสานทั้งในด้านการจัดบริการ การขับเคลื่อนชุมชน และทำงานประสานกับภาคส่วนต่าง ๆ ในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน⁵

4. WHO Harare Declaration (1987): the interregional meeting on strengthening District Health System based on Primary Health Care, Harare, Zimbabwe, August 1987.
5. Lawn, J.E., Rohde, J, Rifkin, S., Were, M., Paul, V., and Chopra, M. (2008) Alma-Ata: Rebirth and Revision 1, Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. www.thelancet.com, Vol 372: 917-27.

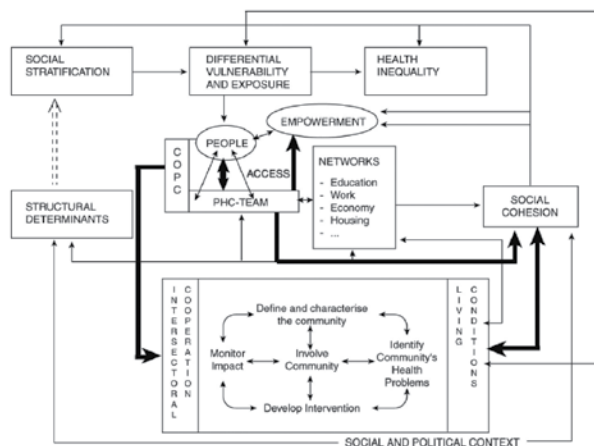


แผนภูมิที่ 1 การทำงานของระบบบริการปฐมภูมิ



Source: Lawn, J.E. et al (2008) Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise

แผนภูมิที่ 2 ยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิ ในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ



ที่มา : Maesener et al (2007)

1.2

บทบาทและความสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ

จากข้อมูลเชิงประจักษ์ในต่างประเทศพบว่า ระบบบริการปฐมภูมิมีความสำคัญและเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น สร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพแก่ประชาชน^{6, 7, 8} ทั้งนี้เป็นผลมาจาก การเป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้ประชาชน ให้บริการเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มด้อยโอกาสต่าง ๆ ในชุมชน โดยเป็นหน่วยบริการหลักที่ให้บริการแก่ประชาชนกลุ่มดังกล่าว การมีทีมสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ให้บริการที่มีคุณภาพและทำงานร่วมกับเครือข่ายอื่น ๆ ในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน นำมาซึ่งความกลมเกลียวของคนในสังคม เสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนและประชาชนทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม เมื่อประชาชนมีการศึกษา สภาพความเป็นอยู่และการทำงานดีขึ้น จะมีผลลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในสังคม⁹

- Macinko, J, Strafield B, and Shi L. (2003) The contribution of Primary Care System to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998, Health Services Research, 38,3:831:865.
- Starfield, B., Shi, L., and Macinko, J. (2005) Contribution of Primary Care to health systems and health. The Milbank Quarterly 83(3): 457-502.
- McDonald, J. and Hare, L. (2004) Literature review: the contribution of primary and community health services. The Center for Health Equity, Training, Research & Evaluation Centers for Primary Care & Equity, UNSW. Retrieved from [http://www.cphce.unsw.edu.au/cphceweb.nsf/resources/CHETREreports6to10/\\$file/McDonald_J_\(2004\)_The_Contribution_of_Primary_Care.pdf](http://www.cphce.unsw.edu.au/cphceweb.nsf/resources/CHETREreports6to10/$file/McDonald_J_(2004)_The_Contribution_of_Primary_Care.pdf).
- De Maeseneer, J., Willems, S., De Sutter, A., Van de Geuchte, I. and Billings, M. (2007) Primary health care as strategy for achieving equitable care: a literature review. Health System Knowledge Network retrieved from http://www.who.int/entity/social_determinants/resources/csdsd_media/primary_health_care_2007_en.pdf.



Starfield และคณะ¹⁰ ได้ทำการศึกษาและมีข้อสรุปว่า ระบบบริการปฐมภูมิมีความสำคัญในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็น และส่งผลให้คุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านความต่อเนื่องและบูรณาการของบริการ ให้ความสำคัญกับบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ดูแลปัญหาสุขภาพตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ซึ่งจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือการลุกลามของโรคได้ดี ทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชุมชนอันนำมาซึ่งสุขภาพะ ขณะเดียวกันก็มีต้นทุนการจัดบริการที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

แม้ยุทธศาสตร์ PHC ได้ดำเนินการมาร่วมสามสิบปี แต่ยังคงได้รับการยอมรับว่าเป็นยุทธศาสตร์หลักของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ไม่ว่าบริบทของประเทศจะเปลี่ยนไปอย่างไรก็ตาม¹¹ ทั้งนี้ต้องทำความเข้าใจกับผู้คนในสังคมว่า ระบบบริการปฐมภูมินั้นมิใช่ระบบบริการเฉพาะสำหรับกลุ่มคนจน ผู้ด้อยโอกาส คนในชนบท หรือสำหรับประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา แต่ระบบบริการปฐมภูมิเป็นกลไกหลักในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคนในประเทศและในทุกประเทศ รายงานองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2008 เสนอว่า การเสริมสร้างความเข้มแข็งในระบบบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องปฏิรูปในสี่ด้านหลัก คือ (1) เพื่อสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ควรมุ่งไปสู่ระบบบริการสาธารณสุขแบบถ้วนหน้า (2) ปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่เน้นระบบบริการปฐมภูมิ ให้ตอบสนองต่อความคาดหวัง

สังคมและการยอมรับมากขึ้น (3) ปฏิรูปนโยบายสาธารณะให้เอื้อต่อสุขภาพของบุคคลและสุขภาพะชุมชน และ (4) ปฏิรูประบบการจัดการที่เน้นการมีส่วนร่วมและกระจายภาระรับผิดชอบไปยังส่วนปลาย ทั้งนี้การสร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ควรผลักดันให้ระบบบริการปฐมภูมิเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสุขภาพโดย (1) สนับสนุนให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิเป็นด่านหน้าการให้บริการ (2) ให้ระบบบริการปฐมภูมิมีประชากรรับผิดชอบที่ชัดเจน และ (3) เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิในการแสดงบทบาทการประสานบริการกับสถานพยาบาลระดับอื่น และมีอำนาจในการจัดการและซื้อบริการ

สำหรับประเทศไทยมีงานวิจัยหลายชิ้นระบุว่า หน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทหลักในการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน^{12, 13} ประชาชนที่เข้าถึงบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) มากที่สุดคือ ประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยและผู้ที่ย้ายถิ่นในเขตชนบท^{14, 15}

10. Starfield B. (1998) Primary care: Balancing Health Needs Services and Technology, 2nd edition, New York and Oxford : Oxford University Press.

11. WHO (2003) Primary Health Care: A Framework for Future Strategic Directions. Geneva, World Health Organization.

12. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2549) ความเป็นธรรมการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) วารสารวิชาการสาธารณสุข 15 (5): 685-96.

13. Phusit Prakongsai (2005) Equity in Health Service Utilization and Benefit Incidence Analysis (BIA) before and after UC in Thailand. Retrieved from http://164.115.5.20/ihpp/ppt-journal-2004/phusit_pre-lim_findings_bia.pdf.

14. รายงานสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547 สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

15. สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ (2551) สถานการณ์การจัดบริการบูรณาการและผสมผสานส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของปากของประชาชนไทย กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.



1.3

ระบบบริการปฐมภูมิในบริบทสังคมไทย

ประเทศไทยนำแนวคิด Primary Health Care มาใช้โดยเรียกว่า **“การสาธารณสุขมูลฐาน”** ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานได้ให้นิยามไว้ว่า **“กลวิธีทางสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนการบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญกับการดำเนินงานที่ระดับตำบลและหมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่ประชาชนดำเนินการเอง และประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาคู่มือ และระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก และผสมผสานการพัฒนาการสาธารณสุขกับการพัฒนาการศึกษา การเกษตรและสหกรณ์ และการพัฒนาชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองและพึ่งตนเองได้”** อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติเมื่อกล่าวถึงการสาธารณสุขมูลฐาน สิ่งที่คนทั่วไปนึกถึงคือ **“อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)”** ซึ่งมักถูกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้เป็นผู้ช่วยในการทำงานสาธารณสุขหรืองานบริการในชุมชนแทนตน ซึ่งไม่ตรงกับเป้าประสงค์ของนโยบายมากนัก ในที่นี้จึงหลีกเลี่ยงไม่ใช้คำว่า **“การสาธารณสุขมูลฐาน”** ดังกล่าว เพื่อป้องกันความสับสน และจุดเน้นของเอกสารฉบับนี้อยู่ที่ระบบบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของ Primary Health Care ตามนิยามที่ประกาศโดยองค์การอนามัยโลกเป็นหลัก

บทบาทบริการปฐมภูมิที่คาดหวัง ต้องมีบริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก ให้บริการทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลในลักษณะประคับประคอง ทั้งในหน่วยบริการ และการทำงานในชุมชนเพื่อติดตามการรักษาหรือการดูแลผู้ป่วยระยะยาว การให้บริการป้องกันควบคุมโรค และงานด้านสาธารณสุขอื่น ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาสาธารณสุขของครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่ จุดแข็งของหน่วยบริการปฐมภูมิคือ การให้บริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง ใกล้ชิดกับชุมชน และรวมไปถึงการดูแลสุขภาพะชุมชน โดยขอบเขตการให้บริการครอบคลุมมากกว่าบริการรักษาพยาบาล

ข้อจำกัดหลักของระบบสาธารณสุขไทยคือ ปัญหาเรื่องกำลังคน ผู้ให้บริการหลักในหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิคือ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำ (เต็มเวลาหรือเป็นช่วงเวลา) เพียงร้อยละ 0.34 เท่านั้น¹⁶ ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการของโรงพยาบาลใหญ่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) หรือเอกชน บริการด้านการรักษาพยาบาลจึงเป็นจุดอ่อนของหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิโดยเฉพาะที่สถานีอนามัย นอกจากนั้นบริการสาธารณสุขที่จำเป็นบางอย่างยังขาดหายไปจากระบบเช่น บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพา เป็นต้น นอกจากนั้น นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลให้อัตราการใช้บริการของประชาชนโดยเฉพาะที่ระดับปฐมภูมิสูงขึ้นมาก ทำให้ภาระงานด้านการรักษาพยาบาลเบียดเวลาทำงานสำหรับงานส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่ง การพัฒนาระบบ

16. ข้อมูลทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2548 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.



บริการปฐมภูมิจึงจำเป็นต้องพัฒนาในลักษณะเครือข่ายบริการ โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายให้การสนับสนุน โดยเฉพาะการสนับสนุนการจัดบริการทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งด้านทรัพยากรองค์ความรู้ และการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ และจากประสบการณ์ของไทยเองก็มีข้อสรุปว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่ประสบความสำเร็จส่วนมากเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีศักยภาพในการบริหารจัดการ สามารถจัดทำแผนดำเนินงานได้ภายใต้ความริเริ่มของตนเอง โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นฝ่ายสนับสนุนอย่างใกล้ชิด¹⁷

เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในที่นี้จึงกำหนดให้ระบบบริการปฐมภูมิหมายถึง “เครือข่ายบริการสาธารณสุขที่ประกอบด้วยสถานพยาบาลที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำในการให้บริการ เช่น โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กหรือศูนย์แพทย์ชุมชน และมีสถานอนามัยหรือหน่วยบริการสาธารณสุขจำนวนหนึ่งที่มีได้มีแพทย์ประจำเป็นลูกข่ายในการให้บริการ โดยมีพื้นที่และจำนวนประชากรที่ต้องดูแลชัดเจนกลุ่มหนึ่ง เช่น 10,000-15,000 คน และมีการสนับสนุนเชื่อมโยงกันโดยอาศัยระบบข้อมูล การส่งต่อ และการสนับสนุนด้านความรู้และทรัพยากร”

17. สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2551) ปัจจัยผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสถานการณ์และการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เอกสารประกอบการศึกษาค้นคว้าและเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน นนทบุรี สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

สำหรับขอบเขตบริการของเครือข่ายบริการสาธารณสุขปฐมภูมิควรประกอบด้วย

- บริการระดับปัจเจกเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่เป็นการทำงานเชิงรุกในชุมชน เช่น บริการอนามัยโรงเรียน การจัดบริการแก่กลุ่มผู้ด้อยโอกาสในชุมชน ร่วมกับการให้บริการในสถานบริการ โดยมีกำหนดรายการบริการสุขภาพที่ชัดเจนเป็นชุดบริการแกน (core services)
- บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่จัดโดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพยาบาล หรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และบริการเบื้องต้นสำหรับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโดยไม่ต้องกำหนดล่วงหน้า แต่จำกัดโดยความซับซ้อนของปัญหา
- บริการสุขภาพในชุมชนทั้งในด้าน การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลแบบประคับประคอง ที่มุ่งเน้นให้บริการแก่กลุ่มด้อยโอกาสในชุมชน เช่น คนจน ผู้ยากไร้ ผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะทุพพลภาพ ฯลฯ
- การจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประชากรและชุมชน โดยมีการวางแผนแก้ไขตามสภาพปัญหาสาธารณสุขของท้องถิ่น โดยไม่ต้องกำหนดล่วงหน้าและจ่ายโดยงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่
- ร่วมกับหน่วยงานราชการอื่น ๆ ท้องถิ่น ชุมชน และประชาชนในพื้นที่ ในการแก้ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเชิงสังคม - ไม่ต้องกำหนดล่วงหน้า และจ่ายโดยงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล 🏡



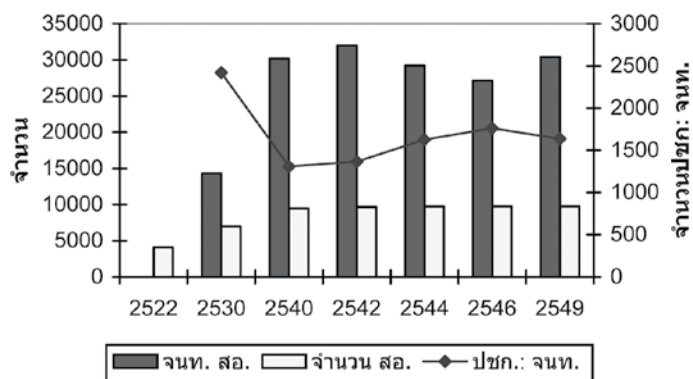
สถานการณ์ระบบ บริการปฐมภูมิของไทย

ระบบบริการปฐมภูมิของไทย ได้รับการพัฒนาอย่างจริงจังในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4-5 (พ.ศ. 2520-พ.ศ. 2529) เมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขยายโรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยครอบคลุมทุกอำเภอและตำบลตามลำดับ โดยในช่วงท้ายของแผนฯ 3 มีสถานีอนามัยครอบคลุมตำบลเพียงร้อยละ 51 และขยายเป็นร้อยละ 82 และ ร้อยละ 100 ในช่วงท้ายแผนฯ 4 และ 5 ตามลำดับ ส่วนโรงพยาบาลอำเภอนั้นครอบคลุมเพียงร้อยละ 39 ของอำเภอในช่วงท้ายแผนฯ 3 และขยายเป็นร้อยละ 51 และ 92 ของอำเภอในปี พ.ศ. 2525 และ 2530 ตามลำดับ ข้อมูลจำนวนสถานีอนามัยและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีการก้าวกระโดดจากปี 2530 ถึง 2540 แต่หลังจากนั้นแทบไม่มีการเพิ่มของจำนวนเจ้าหน้าที่ขณะเดียวกันก็มีแนวโน้มลดลงอันสืบเนื่องจากการจำกัดจำนวนข้าราชการของรัฐบาล เป็นผลให้อัตราส่วนจำนวนประชากรที่รับผิดชอบต่อเจ้าหน้าที่มี



แนวโน้มเพิ่มขึ้น บ่งชี้ว่ารัฐบาลให้การสนับสนุนการพัฒนาสถานีนามัย โดยรวมไม่ทันกับจำนวนประชากรและความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในระยะสิบปีที่ผ่านมา

แผนภูมิที่ 3 จำนวนสถานีนามัย เจ้าหน้าที่ และจำนวนประชากรต่อเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2522-2549



ที่มา : การสาธารณสุขไทย 2544-47 และ 2548-50

เมื่อมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งกำหนดให้มีหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการจัดบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบใหม่เพิ่มมากขึ้นโดยใช้ชื่อที่หลากหลาย เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit: PCU) ที่เกิดจากการตั้งใหม่ของโรงพยาบาลในตำบลที่ตั้งโรงพยาบาล หรือยกระดับสถานีนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีอยู่ให้ได้มาตรฐานตั้งศูนย์แพทย์ชุมชน (CMU) ใหม่หรือยกระดับจากสถานีนามัยที่มีอยู่

คลินิกชุมชนอบอุ่นของภาคเอกชน เป็นต้น ขณะเดียวกันแทบทุกจังหวัดมีการส่งพยาบาลวิชาชีพไปทำงานในสถานีนามัยอันเป็นการเพิ่มคุณภาพบริการของสถานีนามัย และมีการส่งแพทย์หมุนเวียนไปให้บริการในสถานีนามัยบางแห่งที่ถูกยกระดับเป็น PCU

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 98) และดูแลรับผิดชอบประชาชนในระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่ของประเทศ (ร้อยละ 91)¹⁸

ทั้งนี้การพัฒนาที่ผ่านมาเป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักภายใต้การดูแลของกองสาธารณสุขภูมิภาคในขณะนั้น แต่เมื่อมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2545 กองสาธารณสุขภูมิภาคในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิได้ถูกยุบไป ขณะเดียวกันเมื่อมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้างบประมาณในการจัดบริการทั้งหมดถ่ายโอนไปยัง สปสช. ทำให้บทบาทขึ้นในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิย้ายไปอยู่ที่ สปสช. เป็นหลัก มีการจัดงบประมาณสนับสนุนโดยเริ่มนำงบลงทุนทดแทนมาสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 ปีละประมาณ 1,000 ล้านบาท หรือคิดเป็น 15% ของงบลงทุน โดยในระยะแรกยังไม่มียุทธศาสตร์ชัดเจน ต่อมาสถาบันพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) ร่วมกับภาคีต่าง ๆ ได้จัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2550-2554 โดย สปสช.ได้นำเงินลงทุนดังกล่าวมาสนับสนุน (ตามยุทธศาสตร์ตามที่ สปสช. ให้ความสำคัญ) ทั้งนี้ยุทธศาสตร์ในการ

18. สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.



พัฒนาดังกล่าว ประกอบด้วย (1) เพิ่มศักยภาพ และขยายบริการปฐมภูมิให้เข้าถึงชุมชน โดยสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชน โครงการลดความแออัดโรงพยาบาลใหญ่ และสนับสนุนครุภัณฑ์ที่มีความจำเป็น (2) ปรับปรุงการบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การติดตามกำกับ การพัฒนาต้นแบบ (3) ปรับปรุงระบบผลิต พัฒนา และระบบบริหารจัดการบุคลากรระบบบริการปฐมภูมิ (4) สร้างการยอมรับคุณค่า ศักดิ์ศรี และเอกลักษณ์ของระบบบริการปฐมภูมิ (5) สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ยุทธศาสตร์ที่ สปสข. ให้ความสำคัญและจัดงบประมาณเป็นหลักคือยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 3

ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขแม้จะถูกกำหนดเป็นองค์กรหลักในการบริหารยุทธศาสตร์ แต่เนื่องจากขาดหน่วยงานรับผิดชอบในกระทรวงในการทำหน้าที่ดังกล่าว ขณะเดียวกันก็มีได้งบประมาณสำหรับพัฒนาระบบบริการได้อย่างรอบด้าน ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิจึงขึ้นกับการสนับสนุนจาก สปสข. เป็นหลัก

ในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ โครงสร้างตามสายบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้ตรวจราชการฯ ออกนิเทศติดตามผลกิจกรรมตามตัวชี้วัดที่กำหนดโดยส่วนกลางหรือตามนโยบายของจังหวัด ในขณะที่ข้อมูลบริการและงบประมาณบริการปฐมภูมิอยู่ภายใต้การรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งในระดับเขตและระดับชาติ ทำให้การใช้ข้อมูลเพื่อการประเมินและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเป็นไปอย่างแยกส่วน ไม่สะท้อนภาพการให้บริการและไม่ได้ใช้เพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิอย่างจริงจัง

ปัญหาสำคัญของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบันคือ ปัญหาการมีบุคลากรไม่เพียงพอ ซึ่งพบว่าในปี 2547 ประมาณครึ่งหนึ่งของหน่วยบริการปฐมภูมิมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน¹⁷ (ประชากร 1,250 คนต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหนึ่งคน) ปัญหาด้านคุณภาพของการจัดบริการรักษาพยาบาลของสถานีนอมนายเป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อการสร้างศรัทธาของประชาชน รวมทั้งคุณภาพบริการที่จัดภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเฉพาะสำหรับประชาชนในชนบท อย่างไรก็ตาม มีข้อมูลว่าภายหลังการพัฒนาบริการเป็นเครือข่ายร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในการจัดบริการผู้ป่วยเรื้อรัง คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น¹⁷ 

17. สุพัตรา ศรีวณิชชากร (2551) ปัจจัยผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากสถานการณ์และการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ เอกสารประกอบการศึกษาภาพอนาคตและเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน นนทบุรี สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.





การคลังระบบบริการปฐมภูมิ

3.1

งบประมาณสำหรับระบบบริการปฐมภูมิ

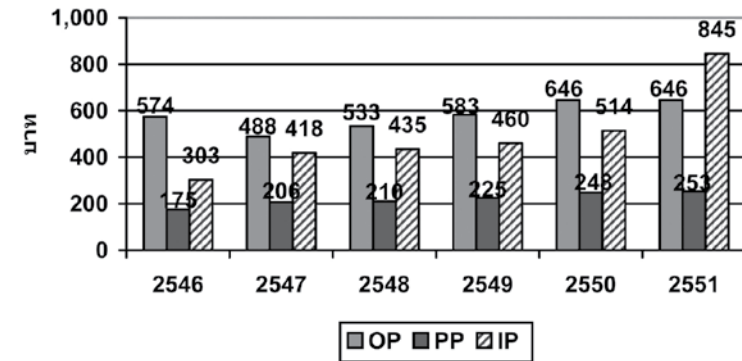
เมื่อประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แหล่งเงินสำหรับการจัดบริการสุขภาพจึงมาจากระบบหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ เป็นหลัก เช่น ระบบประกันสังคม ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ ประกันสุขภาพเอกชน รวมถึงที่ประชาชนชนจ่ายเองเมื่อไปใช้บริการ อย่างไรก็ตาม สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในชนบท (สถานีอนามัย) นั้น แหล่งเงินหลักที่ใช้จัดบริการส่วนใหญ่มาจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่อยู่ในชนบท ในขณะที่สิทธิด้านการรักษายาบาล



อื่น ๆ มีสัดส่วนค่อนข้างน้อย ดังนั้นในที่นี้จะขอกล่าวถึงงบประมาณของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก

งบเหมาจ่ายรายหัวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับจาก 1,202 บาทในปี 2546 เป็น 1,396 1,659 1,900 และ 2,100 บาทในปี 2548, 2549, 2550 และ 2551 ตามลำดับ คิดเป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 12 ต่อปีในช่วงเวลาดังกล่าว ทั้งนี้ งบประมาณรายหัวดังกล่าวจำแนกตามรายการ เช่น บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค อุบัติเหตุฉุกเฉิน ค่าใช้จ่ายสูง ฯลฯ เป็นต้น ทั้งนี้รายการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบบริการปฐมภูมิคือ **งบส่งเสริมป้องกัน (PP) และงบผู้ป่วยนอก (OP) ส่วนหนึ่ง** โดยงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นเป็นภารกิจโดยตรงของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในขณะที่บริการผู้ป่วยนอกส่วนหนึ่งเท่านั้นที่ไปสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ อีกส่วนหนึ่งไปสนับสนุนบริการทุติยภูมิของโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากงบเหมาจ่ายรายหัวแยกประเภทบริการจะพบว่า งบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยใน มีอัตราการเพิ่มสูงสุด เฉลี่ยประมาณร้อยละ 25 ต่อปีระหว่างปี 2546-2551 ในขณะที่อัตราเหมาจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยเพียงร้อยละ 3 ต่อปีและร้อยละ 8 สำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในเวลาเดียวกัน (แผนภูมิที่ 4)

แผนภูมิที่ 4 งบประมาณรายหัวระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2546-2551



ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นโยบายรัฐอีกประการที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ คือ นโยบายด้านการกระจายอำนาจ และการสนับสนุนให้มีกองทุนสุขภาพตำบล แหล่งเงินจากท้องถิ่นและชุมชนเป็นอีกแหล่งของการคลังสุขภาพที่มีบทบาทสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น การมีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งมีงบประมาณตนเองในการพัฒนาท้องถิ่น มีผลบวกต่อหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิและการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน มีงบประมาณของตนเองที่สามารถเข้าถึงและใช้ในการแก้ปัญหาของชุมชนได้สะดวกขึ้น มี อปท. หลายแห่งสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนในการจัดทำโครงการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน¹⁹ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะหากความ

19. สัมฤทธิ์ ศรีธรรมสวัสดิ์ (2550) รูปแบบทางเลือกการคลังงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชน สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เอกสารจัดสำเนา.



สัมพันธระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำ อปท. เป็นไปด้วยดี สอดคล้องกับข้อมูลรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติที่พบว่าแหล่งเงินจาก อปท. มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแม้ว่าจะยังคงมีขนาดเล็กก็ตาม²⁰

ในขณะที่กองทุนสุขภาพตำบล ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 โดยโอนงบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในระดับชุมชน (PP community) 37.5 บาทต่อประชากร แก่ท้องถิ่น สำหรับท้องถิ่นที่พร้อมและสมัครเข้าร่วมโครงการ โดยท้องถิ่นต้องสมทบงบประมาณในสัดส่วนที่กำหนดตั้งแต่ร้อยละ 10-50 ตามขนาดของ อปท. และให้มีคณะกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นมาบริหารจัดการ ทั้งนี้ในปีแรก มีกองทุนที่จัดตั้งได้รุ่นแรก (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549-50) จำนวน 883 กองทุน และในรุ่นที่สอง (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2551) จำนวน 1,813 แห่ง รวมเป็นพื้นที่ดำเนินการทั้งพื้นที่เก่าและใหม่ทั่วประเทศ 2,696 แห่ง²¹ ถือเป็นการแย่งงบประมาณออกมาจากการบริหารจัดการของโรงพยาบาล แม่ข่าย (CUP) และมีเงินสมทบจากท้องถิ่น ซึ่งคาดว่าจะทำให้มี งบประมาณเพิ่มขึ้นสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนใน ชุมชน ท้องถิ่นและชุมชนตระหนักในปัญหาสุขภาพของชุมชนเพิ่มขึ้น และร่วมมือกันมากขึ้นในการจัดการปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การ ดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบลขณะนี้ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นและ จำเป็นต้องมีการติดตามประเมินสัมฤทธิ์ผลเชิงนโยบายต่อไป

20. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2550) บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 – 2548 สำนัก นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.

21. ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.2

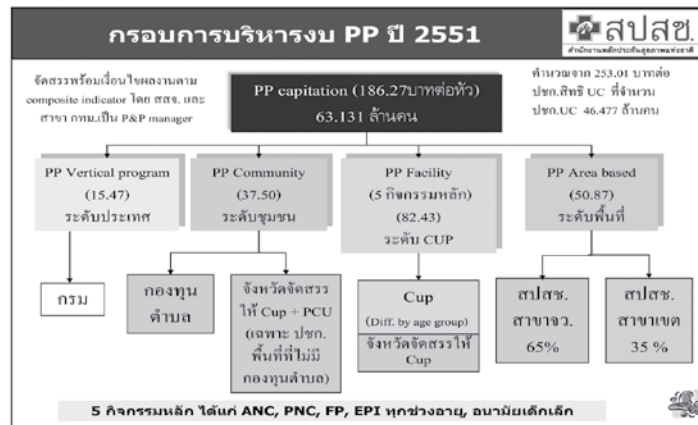
การจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิ

เป้าประสงค์หลักของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ มุ่งสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของ ประชาชน โดยใช้การจัดสรรงบประมาณตามจำนวนประชากรที่ขึ้น ทะเบียนแก่หน่วยบริการปฐมภูมิคู่สัญญาหลัก (Contracting Unit for Primary Care: CUP) เป็นกลยุทธในการบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดสรรงบบริการผู้ป่วย นอก (OP) โดยตรงแก่ CUP ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลรัฐ/เอกชน ศูนย์แพทย์ ชุมชน (รัฐ) คลินิกชุมชนอบอุ่น (เอกชน) ตามจำนวนคนที่ขึ้นทะเบียนกับ เครือข่ายดังกล่าว ทั้งนี้ดังกล่าวใช้สำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้น ทั้งที่หน่วยบริการคู่สัญญาหลักและสถานพยาบาลปฐมภูมิในเครือข่าย โดยหลักเกณฑ์การจัดสรรในเครือข่ายเป็นไปตามที่คณะกรรมการบริหาร เครือข่ายซึ่งประกอบด้วยตัวแทนของโรงพยาบาลและลูกข่ายตกลงกัน

สำหรับงบบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) จัดสรรให้สำหรับ บริการแก่ประชาชนทุกคน (186.27 บาท/หัว) โดยในปี 2551 งบประมาณ ส่วนนี้ แยกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ งบประมาณที่บริหารจัดการที่ส่วนกลาง (PP vertical program) งบประมาณส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคส่วนบุคคล ที่จัดในสถานพยาบาลและประชาชนมีอุปสงค์เพียงพอ (PP facility) งบประมาณส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเชิงรุกที่จัดในชุมชน (PP community) และงบประมาณสำหรับการแก้ปัญหาสุขภาพสำคัญในพื้นที่ (PP area based) ทั้งนี้รายละเอียดของการบริหารดังกล่าวแสดงในแผนภูมิที่ 5



แผนภูมิที่ 5 การบริหารงบประมาณป้องกัน ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2551



สำหรับการติดตามประเมินผล สปสช. ได้จัดทำระบบข้อมูลเพื่อติดตามและประเมินผล รวมถึงการใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาจัดสรรงบประมาณเป็นรายปี โดยเนื้อหาในการติดตามประกอบด้วย รายงานผลกิจกรรมบริการและรายงานการเงิน พิจารณาตามดัชนีชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก

นอกเหนือจากนี้ ยังมีงบลงทุนเพื่อการทดแทนการเสื่อมราคาหรือ depreciation cost ส่วนหนึ่งซึ่ง สปสช. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารงบลงทุนให้พิจารณาจัดสรรงบดังกล่าวเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและบริการทุติยภูมิในรูปแบบต่าง ๆ เช่น จัดสรรให้หน่วยบริการคู่สัญญาตามรายหัวที่ขึ้นทะเบียน จัดสรรให้เป็นครุภัณฑ์ การพัฒนาบุคลากร และแรงจูงใจในการให้บริการ ฯลฯ เป็นต้น

3.3

การบริหารจัดการงบประมาณภายใน เครือข่ายบริการกระทรวงสาธารณสุข

ในการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว OP และงบบริการส่งเสริมป้องกันนั้น สปสช.จ่ายตรงไปยัง CUP ตามจำนวนประชากรขึ้นทะเบียนภายใต้ความเห็นชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยจังหวัดจำนวนหนึ่งกันเงินส่วนหนึ่งไว้เพื่อใช้จัดสรรแก่หน่วยบริการประจำคู่สัญญาที่มีประชาชนขึ้นทะเบียนน้อย การตามจ่ายกรณีส่งต่อ และกันไว้สำหรับกิจกรรมที่จังหวัดเห็นว่ามีความสำคัญ เช่น เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

สำหรับการบริหารงบประมาณในเครือข่ายนั้นองค์กรระดับจังหวัดโดยคณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลแม่ข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) มีบทบาทสูงในการบริหารจัดการเครือข่ายผ่านรูปแบบการจัดสรรงบประมาณและการสนับสนุนทรัพยากรแก่สถานีอนามัยในเครือข่าย ส่วนใหญ่ไม่ได้แยกแยะว่า เป็นงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยนอกหรือส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค และมีการบริหารจัดการและจัดสรรไปยังหน่วยบริการในเครือข่ายในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้²²

(1) จัดสรรให้กับสถานีอนามัยในลักษณะ Flat rate จำนวนหนึ่งสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายประจำของสถานีอนามัย เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าสาธารณูปโภค ค่าอยู่เวร ค่าจ้างลูกจ้าง ฯลฯ ทั้งนี้แต่ละจังหวัดมีการ

22. พินิจ พ้าอานวยผล (2551) การจัดสรรเงินและสถานการณ์การเงินสถานบริการระดับปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) ภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เอกสารอัดสำเนา.



กำหนดอัตราการจ่ายแตกต่างกัน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอาจ
กันเงินไว้และจ่ายตรงไปให้สถานื่อนามัย หรือกำหนดอัตราให้แก่ละ
CUP จัดสรรให้สถานื่อนามัยตามที่กำหนด

(2) สนับสนุนเป็นเวชภัณฑ์ และวัสดุแก่สถานื่อนามัย

(3) จัดสรรงบบริการผู้ป่วยนอกให้กับลูกข่ายตามปริมาณบริการ
และอัตราที่กำหนดภายหลังหักลบมูลค่าเวชภัณฑ์และวัสดุที่เบิกไป

(4) สนับสนุนกำลังคนในการไปปฏิบัติงานในสถานื่อนามัย ทั้งใน
ลักษณะการจ้างลูกจ้างเพิ่มเติม ส่งพยาบาลจากโรงพยาบาลมาประจำที่
สถานื่อนามัย หรือมาเป็นบางเวลา หรือมีการส่งแพทย์หมุนเวียนมา
ตรวจและให้บริการรักษาพยาบาลที่สถานื่อนามัย

(5) สนับสนุนงบประมาณสำหรับการทำงานในชุมชน/บริการเชิง
รุก (outreach) หรือทำโครงการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

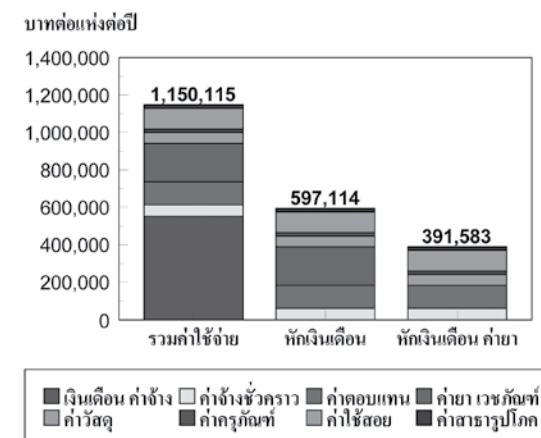
ทั้งนี้พบว่ามีความแตกต่างกันค่อนข้างมากในหลักเกณฑ์การ
จัดสรร และสนับสนุนภายในเครือข่ายคู่สัญญาหลักระหว่างจังหวัด หรือ
แม้แต่ระหว่างเครือข่ายภายในจังหวัดเดียวกัน ทั้งนี้สถานะการเงินของ
โรงพยาบาลแม่ข่าย และความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและ
สถานื่อนามัยเป็นปัจจัยกำหนดการสนับสนุนภายในเครือข่ายประการ
หนึ่ง

3.4

สถานการณ์ด้านการเงินของสถานื่อนามัย

สถานื่อนามัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อ
แห่งในปีงบประมาณ 2548²⁰ 1.15 ล้านบาท/ปี โดยเป็นค่าแรง
(เงินเดือนและค่าจ้างทั้งประจำและชั่วคราว) ร้อยละ 53.4 เป็นค่าใช้จ่าย
ที่หักเงินเดือนและค่าจ้างประจำเฉลี่ยที่ 6 แสนบาท และ 4 แสนบาทหาก
ไม่รวมค่ายาและเวชภัณฑ์ (ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแม่ข่าย)
ดังรายละเอียดในแผนภูมิที่ 6

แผนภูมิที่ 6 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อแห่งของสถานื่อนามัย
ในปีงบประมาณ 2548



ที่มา : ตารางสรุปข้อมูล 0110รจ5 สำนักพัฒนาระบบบริการ

20. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2550) บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 – 2548 สำนัก
นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.

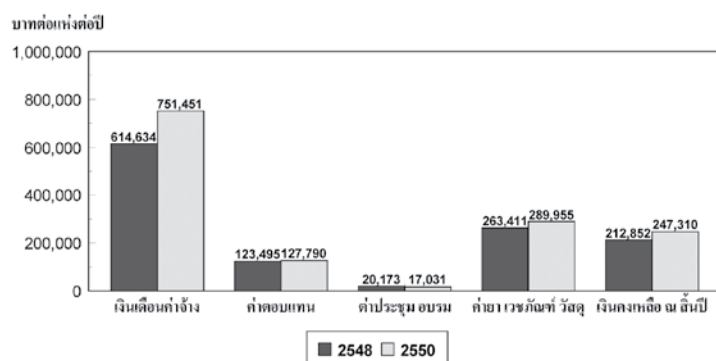


ทั้งนี้ในปี 2548 ร้อยละ 80 ของ CUP มีรายจ่ายหมวดเงินเดือนเฉลี่ยต่อสถานีนอนามัยระหว่าง 4-8 แสนบาท ค่าตอบแทนใช้สอย 50,000-200,000 บาท ค่าวัสดุ ยา และเวชภัณฑ์ 100,000-400,000 บาท

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของสถานีนอนามัยระหว่างปีงบประมาณ 2548 และ 2550 พบว่ารายจ่ายหมวดเงินเดือนค่าจ้างเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 22 ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.4 ค่ายา เวชภัณฑ์ และวัสดุ เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 และเงินบำรุงเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 16 (แผนภูมิที่ 7)

แผนภูมิที่ 7 รายจ่ายและเงินบำรุงคงเหลือของสถานีนอนามัย

ปีงบประมาณ 2548 และ 2550



ที่มา: ตารางสรุปข้อมูล 0110จง5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2548 และ 2550

ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เงินบำรุงของสถานพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หลังจากที่มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างปี 2545 - 2547²³ พบว่า

23. สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2547) รายงานการศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ 36 จังหวัด (เอกสารพิมพ์).

หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นสถานีนอนามัย ส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 75) มีเงินบำรุงเพิ่มขึ้น ในขณะที่ร้อยละ 15-20 มีรายรับและเงินบำรุงลดลง (ตาราง 1) เจ้าหน้าที่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น แต่หน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชนมีทั้งที่เงินบำรุงเพิ่มขึ้นและลดลงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มของสถานการณ์รายรับและเงินบำรุงลดลงเพิ่มมากขึ้นในปี 2547 เมื่อเทียบกับปี 45 ซึ่งเป็นปีเริ่มต้น ทั้งนี้เห็นว่าอาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงวิธีจัดสรรงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขที่มีการตัดเงินเดิมนรวมในระดับประเทศ

ตารางที่ 1 สถานะการเงินบำรุงของหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบ

หลักประกันสุขภาพ หน่วย : ร้อยละ

สถานการณ์	สถานีนอนามัย			PCU sws.		
	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547
จำนวนตัวอย่าง (แห่ง)	(379)	(406)	(432)	(67)	(66)	(73)
รายรับ + เงินบำรุงเพิ่ม	30.3	29.3	27.8	17.9	16.7	15.1
เงินเพิ่มจนจ้างบุคลากรได้	46.7	47.8	47.9	34.3	24.2	24.7
รายรับ+เงินบำรุงไม่เพิ่ม	7.9	3.9	3.5	10.4	9.1	6.8
เงินลดลงแต่ไม่กระทบ	4.5	7.6	5.3	14.9	15.2	16.4
เงินลดลงจนมีผลกระทบ	10.6	11.3	15.5	22.4	34.8	37.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ข้อมูลจากการวิเคราะห์รายงานการเงินของลูกข่ายหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิแยกตามราย CUP ระหว่างปี 2548 และ 2550²⁰ พบว่า ร้อยละ 25 ของ CUP มีเงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ยน้อยกว่า 100,000

20. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2550) บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 - 2548 สำนักนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.



บาทต่อสถานีนามัย (ร้อยละ 10 ของ CUP มีเงินบำรุงเฉลี่ยคงเหลือต่อ
สถานีนามัยต่ำกว่า 50,000 บาท) และร้อยละ 10 มีเงินบำรุงคงเหลือ
เกิน 400,000 บาท ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปี 2548 และ
2550 พบว่าร้อยละ 35 ของ CUP มีเงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ยต่อแห่งของ
สถานีนามัยลดลง **ขณะเดียวกันพบว่า เงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ยของ
สถานีนามัยของแต่ละ CUP มิได้มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับ
ปริมาณงานผู้ป่วยนอกของสถานีนามัย และได้มีความสัมพันธ์
ชัดเจนกับเงินบำรุงคงเหลือของโรงพยาบาลแม่ข่าย บ่งชี้ว่าการจัดสรร
เงินแก่สถานีนามัยอาจไม่สอดคล้องกับภาระงาน ขณะเดียวกันสถานะ
การเงินของโรงพยาบาลที่ดีมีได้อานิสงค์ต่อสถานะการเงินของสถานีนามัย
แม้ว่าเงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ยต่อสถานีนามัยในภาพรวมจะเพิ่ม
ขึ้นก็ตาม** ๕





เหตุผลและความจำเป็นที่กระทรวง สาธารณสุขต้องพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิให้เข้มแข็ง

4.1

ระบบบริการปฐมภูมิ ถือเป็น**กลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการสร้างความเป็นธรรม**ด้านสุขภาพ โดยได้รับการสนับสนุนทางนโยบายจากองค์การอนามัยโลกมารวม 30 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978 ทั้งนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์จากนานาประเทศและในประเทศไทยเองสนับสนุนว่า ระบบบริการปฐมภูมิมิมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ระบบบริการปฐมภูมิถือเป็นหลักในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ มิใช่บริการที่จัดโดยเฉพาะสำหรับประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือเพื่อคนยากจน



4.2

ยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิ ยัง**เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบท**สังคมและปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไปของโลกและนานาประเทศ ในการนำสังคมไปสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมมากขึ้น สภาพปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อเฉียบพลัน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่อาจมีหรือไม่มีภาวะทุพพลภาพร่วมด้วย ต้องการการ**ดูแลแบบต่อเนื่อง มีบูรณาการ และระยะยาว** ยิ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นและบทบาทของระบบบริการปฐมภูมิ เนื่องจากสามารถให้บริการที่ต่อเนื่องและบูรณาการได้ดีกว่าบริการของโรงพยาบาล รวมถึงการให้บริการเชิงรุกเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ขณะเดียวกันปัญหาโรคเรื้อรังเพิ่มอุปสงค์ต่อบริการขึ้นมากจนเกินกว่าที่โรงพยาบาลจะรองรับได้

4.3

การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิที่ผ่านมา เน้นการพัฒนาที่หน่วยบริการตติยภูมิชั้นสูง (excellence center) เป็นหลัก ทำให้ยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ขณะเดียวกันประสิทธิผลของการลดอัตราการป่วยตายด้วยโรคสำคัญ เช่น โรคมะเร็ง มิได้ลดลง เนื่องจากมิได้พัฒนาอย่างเป็นระบบและครบวงจร ระบบการคัดกรองโรคและการส่งต่อซึ่งเป็นภารกิจหลักของหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ซึ่งเป็นด่านแรกที่ผู้ป่วยจะเข้ามาในระบบบริการสาธารณสุขไม่ได้รับการพัฒนา ร่วมด้วยในโครงการดังกล่าว²⁴ ทำให้สามารถค้นพบและรักษาผู้ป่วยเมื่อโรคได้ลุกลามเป็นมากแล้ว

24. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ วีระศักดิ์ พุทธาศรี เพ็ญแข ลาภยั้ง และ แพร จิตตินันท์ (2551) รายงานผลการประเมินการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิชั้นสูง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นนทบุรี : สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

4.4

จำนวนกำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิในระยะสิบปีที่ผ่านมาไม่เพิ่มขึ้น แต่กลับมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่จำนวนประชากรและความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น การส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สู่ระดับสถานีอนามัยและสถานบริการปฐมภูมิเพื่อการดูแลต่อ มีผลให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันนโยบายให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีผลให้อุปสงค์ต่อบริการเพิ่มขึ้นมาก ยิ่งเพิ่มภาระงานด้านการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาจมีผลกระทบด้านลบต่อการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและบริการเชิงรุกของหน่วยบริการ ทั้งนี้มีหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ**ครึ่งหนึ่งมีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน** (เจ้าหน้าที่ 1 คน : ประชากร 1,250 คน) ขณะเดียวกันศักยภาพของบุคลากรในการทำงานตามขอบเขตบริการปฐมภูมิได้ตามมาตรฐานยังมีจำกัด

4.5

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ผ่านมา โดยเฉพาะภายหลังนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถูกชี้นำโดย สปสช. ซึ่งเป็นองค์กรซื้อบริการเป็นหลัก ในขณะที่**กระทรวงสาธารณสุขไม่ว่าในฐานะผู้กำหนดนโยบายขาดหรือเจ้าของสถานพยาบาล ขาดศักยภาพ** ในการทำหน้าที่ดังกล่าวทั้งในด้านโครงสร้าง อันเป็นผลจากการปฏิรูปโครงสร้างของกระทรวงและการขาดแคลนงบประมาณ ขณะเดียวกัน สปสช. ก็สนับสนุนทรัพยากรได้จำกัดเนื่องจากมิได้มีภารกิจในการพัฒนาระบบในภาพรวม จึงทำได้เพียงสนับสนุนเฉพาะประเด็นที่ สปสช. สนใจและให้ความสำคัญเท่านั้น



4.6

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลแม่ข่าย มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นกับความสนใจและภาวะผู้นำของผู้บริหารแต่ละแห่ง บางจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทนำและแข็งขันในการพัฒนา และมีนโยบายให้โรงพยาบาลแม่ข่ายต้องจัดสรรงบประมาณพื้นฐานให้กับทุกสถานีนอามัย ในขณะที่บางแห่งผู้บริหารเครือข่ายมีบทบาทนำในการพัฒนา มีการพัฒนารูปแบบบริการเชิงรุกในชุมชนและสนับสนุนลูกข่ายเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม ในบริบทที่มีการถ่ายโอนสถานีนอามัยไปยัง อบต. การตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล (ร่วมลงทุนระหว่าง สปสช. และ อบต.) ในหลาย ๆ พื้นที่ ทำให้เกิดการแยกส่วนการจัดการของระบบและดำเนินงาน จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีหน่วยงานหลักเข้ามาบริหารจัดการในการพัฒนา บูรณาการ และประสานการดำเนินงานในพื้นที่ รวมถึงการติดตามกำกับด้วย

4.7

รูปแบบการบริหารและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายแต่ละแห่งแตกต่างกันมาก ขึ้นกับสัมพันธภาพของโรงพยาบาลและลูกข่าย และวิสัยทัศน์ของผู้บริหารแม่ข่าย รูปแบบการสนับสนุนครอบคลุมทั้งเรื่องงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุต่าง ๆ รวมทั้งมีการสนับสนุนด้านบุคลากรด้วย อย่างไรก็ตาม พบว่าภาระงานไม่สัมพันธ์กับสถานะการเงินของลูกข่าย ขณะเดียวกันสถานะการเงินของแม่ข่ายที่มีได้สัมพันธ์กับของลูกข่าย²⁰ ป่งชี้ว่า การจัดสรรเงินในการ

20. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2550) บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 – 2548 สำนักนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.

สนับสนุนลูกข่ายไม่สอดคล้องกับภาระงาน สถานการณ์เงินของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดีมีได้อานิสงค์ไปถึงลูกข่ายด้วย แม้โรงพยาบาลแม่ข่ายจะมีการสนับสนุนงบประมาณแก่ลูกข่ายก็ตาม แต่พบว่าเป็นไปเพื่อให้ลูกข่ายสามารถจัดบริการได้ แต่อาจไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐานแก่ประชาชน นัยยะคือการบริหารจัดการการคลังหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบปัจจุบันยังไม่มีหลักประกันว่า จะตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

4.8

กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะเป็นเจ้าของและผู้ดูแลระบบบริการสาธารณสุขโดยรวมของประเทศ จำเป็นต้องมีบทบาทในการกำหนดมาตรฐานบุคลากร ทั้งจำนวน ลักษณะและศักยภาพ ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพระบบบริการ และการโยกย้ายภารกิจระหว่างบุคลากรภายในเครือข่ายภายใต้ข้อจำกัดด้านบุคลากร ทั้งนี้บทบาทดังกล่าวจะยิ่งทวีความสำคัญขึ้นหากมีการถ่ายโอนหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิไปยังองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับบทบาทมาทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและกำกับระบบบริการ พัฒนาระบบดังกล่าวจึงเป็นการเตรียมระบบไปในตัว



ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา บริการปฐมภูมิภายใต้ กระทรวงสาธารณสุข

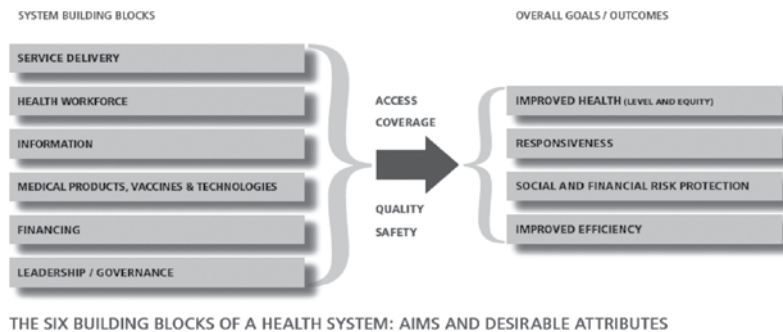
ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะในชนบท การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีศักยภาพในการจัดบริการแบบเดี่ยวๆ อาจมีข้อจำกัด ดังนั้นการพัฒนาในลักษณะเครือข่ายจึงมีความจำเป็น โดยมีแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลชุมชน หรือหน่วยบริการที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป / เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ และมีหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น เช่น สถานีอนามัยเป็นลูกข่าย ทำงานเชื่อมประสานและสนับสนุนกัน

ทั้งนี้การพัฒนาระบบสุขภาพจำเป็นต้องทำอย่างเป็นระบบทั้งในด้านระบบบริการ กำลังคน ระบบข้อมูล เทคโนโลยีที่เหมาะสม ระบบการเงินการคลัง และโครงสร้างการบริหารจัดการของระบบ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยเป็นบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย (แผนภูมิที่ 8) ทั้งนี้ในเอกสารข้อเสนอแนะนี้จำกัดเฉพาะการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิให้มีศักยภาพ



มีบทบาทในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มด้อยโอกาสในชุมชน โดยจำกัดการนำเสนอเฉพาะประเด็นเรื่องการพัฒนากระบวนการจัดบริการระบบการคลัง กำลังคน และการบริหารจัดการระบบเป็นสำคัญ

แผนภูมิที่ 8 กรอบการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข



ที่มา: WHO (2007)²⁵

25. WHO (2007) Everybody's Business: Strengthen Health Systems to Improve Health Outcome, WHO' Framework for Action. Geneva, World Health Organization

5.1

ให้มีการจัดตั้งสำนักบริหารยุทธศาสตร์การพัฒนา เครือข่ายบริการปฐมภูมิในกระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมาย : เพื่อบริหารยุทธศาสตร์และสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุขโดย

1. พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิร่วมกับหน่วยงานอื่น
2. วางแผนการลงทุนเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งในด้านโครงสร้าง และกำลังคน
3. บริหารยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
4. กำหนดตัวชี้วัดในการติดตามประเมินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

บทบาทหน่วยงานส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข

1. กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ วางแผน สนับสนุน และติดตามการทำงานที่ตอบสนองต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งในระดับส่วนกลางและภูมิภาค
2. จัดหางบประมาณและวางแผนการลงทุนเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
3. ปรับโครงสร้างระบบบริการให้สอดคล้องกับแนวทางการทำงานในรูปแบบใหม่
4. กำหนดกรอบอัตรากำลังที่เหมาะสม สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิต่าง ๆ และใช้วิธีเกลี่ยคนที่มีอยู่แล้วในระบบ (ภายในกระทรวง / พื้นที่) มาลงในตำแหน่งที่กำหนดขึ้น การดำเนินงานใน



ลักษณะนี้ สามารถเปลี่ยนคนได้ทันทีในพื้นที่ที่พร้อม และมีคนพร้อมที่จะลงไปทำงานในพื้นที่ เนื่องจากปัจจุบันบางพื้นที่มีบุคลากรจากรพ. ทำงานใน สอ. อยู่แล้ว โดยเริ่มจากพื้นที่ที่มีความพร้อมก่อน

5. สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง CUP รวมถึงการพัฒนาตัวชี้วัดและระบบการติดตามประเมินการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งในด้านโครงสร้าง การลงทุน การบริหารจัดการเครือข่าย กำลังคน และการคลังระบบบริการปฐมภูมิ ผลผลิตของการจัดบริการในมิติต่าง ๆ (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน) และภาวะสุขภาพของประชาชน

บทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1. กำหนดหลักเกณฑ์การจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิใหม่เพื่อให้เกิดการกระจายของหน่วยบริการที่เหมาะสม โดยให้แยกงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิออกจากงบประมาณของโรงพยาบาล และกำหนดขนาดเครือข่ายบริการปฐมภูมิให้เหมาะสมเช่น ดูแลประชากรไม่เกิน 15,000-20,000 คน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม

2. พัฒนารูปแบบวิธีการจัดสรรงบประมาณ ที่สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐาน และมาตรการการจูงใจให้แก่พื้นที่ในการพัฒนาคุณภาพบริการ เช่น หากจัดบริการเชิงรุก ตามที่กำหนดได้ จะได้รับงบประมาณเพิ่มเติม

3. พัฒนาระบบและกำหนดตัวชี้วัดในการติดตามประเมิน การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน ประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพการให้บริการ และคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับ

5.2

จัดให้มีหน่วยบริหารจัดการกลางในระดับเขต/จังหวัด

เป้าหมาย :

1. เพื่อบริหารจัดการ ส่งเสริม สนับสนุน ให้เกิดการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิอย่างเป็นระบบและทั่วถึง
2. เพื่อให้เกิดการกระจายของทรัพยากรอย่างเป็นธรรม และเพิ่ม การเข้าถึงบริการของประชาชนในการบริการสุขภาพที่ซับซ้อนและใช้ เทคโนโลยีระดับสูง
3. เพื่อประสานการจัดการระบบสุขภาพและบริการสุขภาพร่วมกับ หน่วยงานอื่นๆ อปท. และเครือข่ายบริการในพื้นที่
4. เพื่อกำกับติดตามการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของ เครือข่ายต่างๆ

บทบาทหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1. กำหนดแนวทาง วางแผนและสนับสนุนงบประมาณแก่เครือข่าย ต่าง ๆ ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ได้ตามมาตรฐาน
2. วางแผนและบริหารจัดการ เพื่อกระจายทรัพยากรในจังหวัด อย่างเหมาะสม รวมถึงการพัฒนาระบบการส่งต่อและสนับสนุนกัน ภายในและระหว่างเครือข่าย เพื่อประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการของ ประชาชน
3. บริหารจัดการด้านการเงินเพื่อประกันความเสี่ยงให้กับเครือข่าย บริการปฐมภูมิคู่สัญญา โดยเฉพาะงบประมาณเพื่อการส่งต่อระหว่าง สถานพยาบาล โดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยนอกประเภทที่มีค่าใช้จ่ายสูง



4. บริหารจัดการให้เกิดบูรณาการการจัดบริการและกิจกรรมของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการดำเนินงานและทำงานร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงกิจกรรมเพื่อการสาธารณสุขของพื้นที่

5. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ และใช้ประโยชน์เพื่อการวางแผน บริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการในพื้นที่

6. จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

7. ประสานกับเชื่อมโยงกับ สปสช.เขตในการจัดสรรงบประมาณในการมาพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาคน

กัมนิเทศการพัฒนาระดับเขต

1. สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของจังหวัดตามยุทธศาสตร์ และแผนพัฒนาของกระทรวง

2. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่ ในการวางแผนสนับสนุนและพัฒนาระบบการส่งต่อในเขต เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น โดยเฉพาะบริการทางการแพทย์ที่ต้องใช้เทคโนโลยีระดับสูงหรือความรู้เฉพาะทางขั้นสูง (Excellence center)

3. ติดตามกำกับกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของจังหวัดตามตัวชี้วัดที่ส่วนกลางกำหนด

5.3

เสนอให้มีกองทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ระดับอำเภอ (Primary Health Care Development Fund - PDF)

เป้าหมาย:

1. เพื่อให้มีงบประมาณที่ชัดเจนเพื่อการจัดการบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน เป็นอิสระ ยืดหยุ่น และสามารถติดตามประเมินในภาพรวม

2. เพื่อให้มีหน่วยบริหารจัดการเพื่อการวางแผนและพัฒนาบริการปฐมภูมิในระดับอำเภอแบบองค์รวม และตอบสนองความต้องการของชุมชนและปัญหาสุขภาพของพื้นที่ และระดมความร่วมมือจากท้องถิ่นและชุมชน

3. เพื่อทำให้เกิดความมั่นใจว่าประชาชนโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคกันทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับอื่น

การจัดการโครงสร้างทางการเงิน

ปรับวิธีการบริหารจัดการเงินที่จัดสรรเงินงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับจังหวัดและอำเภอ ดังนี้

- **เงินงบประมาณบริการส่งเสริมป้องกัน (PP)** ปรับแนวคิดการบริหารจัดการงบบริการส่งเสริมป้องกันโรคใหม่ให้มีการบูรณาการมากขึ้น มีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดด้านผลผลิตและผลลัพธ์ด้านสุขภาพในการติดตามกำกับ ดังนี้



(1) งบประมาณบริการส่งเสริมป้องกันที่บริหารจัดการโดย ส่วนกลาง (PP vertical program) ยังคงรูปแบบการบริหารจัดการ งบประมาณแบบเดิมแต่จำกัดให้มีน้อยที่สุดเฉพาะที่เป็นปัญหาสุขภาพ สำคัญของประเทศที่จำเป็นต้องมีการจัดการในแนวดิ่ง

(2) รวมเงินงบประมาณ PP ให้บริหารจัดการดังนี้

- งบประมาณส่งเสริมป้องกันส่วนบุคคลที่จัดโดยหน่วยบริการ (PP facility) ที่ต้องให้บริการทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการ/ ในชุมชน เช่น การให้วัคซีน การฝากครรภ์ก่อนคลอด การวางแผน ครอบครั้ว การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การติดตามตรวจหลังคลอด บริการตรวจสุขภาพ/ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ/ผู้พิการในชุมชน เป็นต้น ทั้งหมดให้จ่ายตรงไปยังกองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ เพื่อบริหารและ จัดสรรให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการในพื้นที่ (ทั้งในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาล)

- งบประมาณส่งเสริมป้องกันที่บริหารจัดการโดยชุมชน (PP community) ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรผ่านลงไป ที่กองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ เพื่อให้จัดสรรต่อไปยังกองทุนสุขภาพ ชุมชน โดยถือว่ากองทุนสุขภาพชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริหาร จัดการ และกองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิเป็นผู้ติดตามดูแลกำกับให้การ ใช้งบประมาณเป็นไปตามวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริม สุขภาพของชุมชน

- งบประมาณบริการส่งเสริมสุขภาพพื้นที่ (PP area-based) จัดสรรงบประมาณไปยังกองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ เพื่อพิจารณาร่วม กับจังหวัดในการแก้ไขปัญหาสำคัญในพื้นที่ (อาจให้มีการกันเงิน งบประมาณส่วนหนึ่งไว้ที่จังหวัดเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพสำคัญของ จังหวัดร่วมกัน) การเฝ้าระวังและป้องกันโรค รวมถึงการกำหนดแนวทาง

พัฒนาบุคลากรในพื้นที่ และกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพใน ภาพรวมของจังหวัด

- **เงินงบประมาณบริการผู้ป่วยนอก (OP)** โดยหลักการถือว่าเป็น งบประมาณสำหรับบริการรักษาพยาบาลที่ใช้ร่วมกันในเครือข่าย (ส่วนหนึ่งอาจให้มีการกันไว้ที่จังหวัดสำหรับกระจายความเสี่ยงและ การส่งต่อระหว่างกันและออกนอกจังหวัด) ดำเนินการได้ในสองลักษณะ

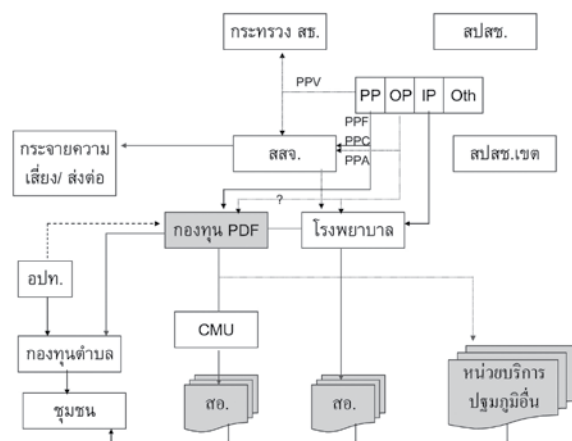
- **สปสช. จัดสรรไปยังกองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ** และ ให้คณะกรรมการพัฒนาบริการปฐมภูมิร่วมกันกำหนดสัดส่วนและ หลักเกณฑ์ในการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายและ โรงพยาบาล เพื่อให้บริการแก่ประชาชน โดยให้ **แยกบัญชีระหว่าง บริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพออกจากกัน** เพื่อป้องกัน มิให้มีการใช้เงินส่งเสริมป้องกันไปใช้ในงานรักษาพยาบาล

- **สปสช. จัดสรรตรงไปยังโรงพยาบาล** เนื่องจากบริการ รักษาพยาบาลส่วนใหญ่เกิดที่โรงพยาบาล แต่โรงพยาบาลและคณะ กรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิต้องกำหนดร่วมกันในการแบ่ง สัดส่วนเงินค่ารักษาพยาบาลว่าควรจัดสรรให้หน่วยบริการปฐมภูมิใน เครือข่ายเท่าใดและโอนไปให้กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

รายละเอียดการบริหารงบประมาณแสดงดังในแผนภูมิที่ 9



แผนภูมิที่ 9 รูปแบบการบริหารจัดการกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ



โครงสร้างและการบริหารจัดการ

จัดตั้ง “กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ” ขึ้นในระดับอำเภอ เพื่อเป็นองค์กรบริหารความสัมพันธ์ ระหว่าง สถานีอนามัยในเครือข่าย กับ โรงพยาบาลชุมชน และสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการช่วยคิด จัดการ และทำงานร่วมกันให้มากขึ้น กองทุนฯ บริหารในรูปแบบคณะกรรมการ มีองค์ประกอบเป็นตัวแทนจาก 3 ภาค ส่วน คือ (1) ภาคบริการสุขภาพ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหารคู่สัญญาของหน่วยบริการประจำ ผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิ ในเขตนั้น ๆ (2) ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ (3) ภาคชุมชน ทั้งนี้อาจขยายบทบาทของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายที่มีอยู่ให้มีองค์ประกอบ และบทบาทหน้าที่ตามที่กำหนด

ในระยะเปลี่ยนผ่าน (ช่วง 2 ปีแรก) กำหนดให้ประธานและเลขานุการคณะกรรมการกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิมาจากภาคบริการสุขภาพ และหลังจากนั้นให้ใช้วิธีเลือกตั้งประธานและเลขานุการจากกรรมการทั้งหมด

บทบาท/หน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ทำหน้าที่ วางแผน บริหารจัดการบริการสุขภาพในระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าประชาชนในความรับผิดชอบได้รับบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ รวมทั้งระบบการส่งต่อที่มีคุณภาพ ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบมีสุขภาพที่ดีขึ้น

ประกอบด้วย

1. จัดการและสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ทั้งในระดับ รพช / ศูนย์แพทย์ และสถานีอนามัย) ให้เกิดการกระจายหน่วยบริการที่ครอบคลุมและดูแลประชากรเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม และเพิ่มทางเลือกให้แก่ผู้ใช้บริการ
2. เชื่อมโยงหน่วยบริการในระดับอื่น เพื่อสร้างเครือข่ายบริการที่มีประสิทธิภาพ และสนับสนุนเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพชุมชนเพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม
3. บริหารจัดการเงินงบประมาณหลักประกันสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในส่วนของงบประมาณที่ได้รับจัดสรรโดยตรง และงบประมาณหลักประกันสุขภาพที่ได้รับเพิ่มเติม หรือได้รับจากแหล่งทุนอื่นในท้องถิ่น
4. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ประจำปีเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เชื่อมโยงหน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงทำหน้าที่ จัดบริการ / ซื้อมาบริการจากผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยเน้นให้เกิดบริการปฐมภูมิตอบ



สนองต่อความต้องการและปัญหาสุขภาพของชุมชน และรวมถึงการวางแผนเพื่อการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

5. บริหารจัดการกำลังคนเพื่อให้เกิดการกระจาย และหมุนเวียนกำลังคนในพื้นที่รับผิดชอบ สำหรับหน่วยบริการทุกระดับให้เหมาะสม และเพียงพอสำหรับให้บริการปฐมภูมิในพื้นที่

6. สนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม

7. บริหารจัดการเพื่อให้มีเวชภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น อย่างเพียงพอและได้มาตรฐาน

แนวทางการบริหารจัดการเพื่อไ้กับไปตามเป้าหมายที่กำหนด

1. กองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ จะต้อง
 - ได้รับการจัดสรรงบประมาณที่กำหนดอย่างชัดเจนสำหรับการจัดบริการปฐมภูมิ
 - มีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการและการจัดบริการ มีความยืดหยุ่นสูงในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อตอบสนองต่อบริบทและปัญหาสุขภาพของพื้นที่ที่อาจจะมีความแตกต่างกัน
 - การจัดการงบประมาณจะต้องมีความโปร่งใส ติดตามตรวจสอบได้ ทั้งต่อชุมชน และหน่วยงานสนับสนุน
 - มีระบบการติดตามประเมินผลการทำงานที่มีประสิทธิภาพ
2. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรต่าง ๆ ภายในชุมชน เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการจัดบริการและการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้การดำเนินงานต่าง ๆ ต้องมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้
3. กองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่เป็นหน่วยรับผิดชอบ

(Contractual Unit for Primary Care) ในพื้นที่ ดูแลและบริหารจัดการตามบทบาทหน้าที่ข้างต้น ภายใต้การควบคุมกำกับของคณะกรรมการเพื่อให้เกิดบริการปฐมภูมิ ทั้งบริการเชิงรับและเชิงรุกที่ผสมผสาน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานและเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็ง (empowerment) ของชุมชน บริการที่จำเป็นอย่างน้อยประกอบด้วย

- การรักษาพยาบาลที่จำเป็นในระดับปฐมภูมิ
- การรักษาพยาบาลต่อเนื่อง โดยการส่งต่อไปยังหน่วยบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิที่มีประสิทธิภาพ
- การติดตามรักษาพยาบาลต่อเนื่องและฟื้นฟูสุขภาพในระดับชุมชน ในกรณีที่ต้องการการดูแลระยะยาว
- การส่งเสริมและการป้องกันโรคที่จำเป็น ทั้งในระดับชุมชนและในหน่วยบริการ
- การควบคุมโรคและการสาธารณสุขอื่น ๆ ในระดับชุมชน
- การส่งเสริมสุขภาพ
- ร่วมกับชุมชนและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการจัดการกับปัจจัยสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

5.4

การจัดการด้านกำลังคนในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ

กำลังคนถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกอย่างหนึ่งในการจัดบริการปฐมภูมิให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายและการบริหารจัดการดังต่อไปนี้



5.4.1 ในแต่ละปีให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณากำหนด**พื้นที่ชนบทที่มีปัญหาขาดแคลน**บุคลากรสาธารณสุขสายวิชาชีพต่าง ๆ ให้เป็นพื้นที่ขาดแคลนบุคลากร และจัดสรรตำแหน่งข้าราชการที่ได้รับคืนจากข้าราชการเกษียณอายุหรือจากอย่างอื่นไปยังพื้นที่ขาดแคลนนั้น เพื่อให้ CUP แต่ละแห่งใช้ในการรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกประเภทที่ผ่านการคัดเลือก และเห็นว่ามีความสมบัติเหมาะสมบรรจุเป็นข้าราชการเพื่อปฏิบัติงานด้านบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในพื้นที่ดังกล่าว ทั้งนี้ตำแหน่งดังกล่าวกำหนดให้เป็น**ตำแหน่งข้าราชการสำหรับพื้นที่ดังกล่าวโดยเฉพาะ** ไม่ผูกพันกับตัวข้าราชการผู้ครองตำแหน่ง หากประสงค์จะโอนย้ายไปยังหน่วยงานอื่นไม่สามารถตัดโอนตำแหน่งตามตัวได้

5.4.2 นอกเหนือจากการบรรจุแต่งตั้งบุคลากรให้ปฏิบัติงานในระบบบริการปฐมภูมิข้างต้นแล้ว ให้กระทรวงสาธารณสุข/สปลช. มีนโยบายและสนับสนุนให้ CUP / กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง โดยเฉพาะในเขตชนบท ใช้งบประมาณของ CUP / กองทุนฯ จัดจ้างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกประเภทที่จำเป็น รวมทั้งบุคลากรสายสนับสนุน (บริหารทั่วไป) ตามกำลังงบประมาณและปริมาณประชากรในเขตรับผิดชอบ เพื่อให้สามารถจัดบริการปฐมภูมิแก่ประชาชนได้ดีขึ้นทั้งในพื้นที่เขตตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือสถานีนอนมัย

5.4.3 เพื่อให้พนักงานราชการหรือลูกจ้างของทางราชการได้รับสวัสดิการใกล้เคียงกับข้าราชการ เพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในชนบทอย่างยาวนาน กระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายที่ชัดเจนรวมทั้งมีกลไกประสานงานเพื่อให้ CUP / กองทุนฯ ซึ่งรับผิดชอบดูแลบุคลากรดังกล่าว จัดให้มีระบบสวัสดิการเงินออมเมื่อสูงอายุ หรือสวัสดิการรักษายาพยาบาลเพิ่มเติม เช่น การให้พนักงานราชการมีสิทธิ

สมัครเข้ากองทุนเงินสำรองเลี้ยงชีพสำหรับลูกจ้างประจำ (เพิ่มเติมจากสิทธิบำนาญบำนาญในฐานะสมาชิกกองทุนประกันสังคม) และให้ CUP / กองทุนฯ ใช้เงินจาก เงินส่วนที่ CUP / กองทุนฯ ได้รับในสัญญาจัดบริการปฐมภูมิจ่ายสมทบในส่วนของนายจ้าง เนื่องจากถือว่าเป็นต้นทุนการจัดบริการอย่างหนึ่ง

5.4.4 ให้หน่วยงานกลางที่จัดตั้งขึ้นในกระทรวงสาธารณสุขดูแลการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดในระยะยาว โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแกนประสานหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับต่าง ๆ ตั้งแต่กระบวนการวางแผน จัดสรรตำแหน่ง บรรจุแต่งตั้ง หรือจัดจ้าง และการสร้างแรงจูงใจทั้งที่เป็นตัวเงินและที่ไม่เป็นตัวเงิน เพื่อจูงจูงบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานในชนบทได้นาน รวมทั้งประสานกับหน่วยผลิตภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ให้ผลิตกำลังคนใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละพื้นที่อย่างเพียงพอทั้งด้านปริมาณและทักษะ โดยมีการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งในพื้นที่หรือตั้งงบประมาณจากส่วนกลางตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ และแต่ละช่วงเวลา

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง CUP ต่าง ๆ โดยเฉพาะในส่วนที่ว่าด้วยแนวทางการบริหารงานบุคลากรในบริบทใหม่ ซึ่งอาจทำได้หลายแนวทาง ภายใต้หลักการและนโยบายใหญ่ทั้ง 3 ข้อข้างต้น 🍌





รายชื่อ

คณะทำงานวิชาการหลัก เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

1. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ หัวหน้าคณะทำงาน
2. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
3. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
4. นพ.เกษม เวชสุถานนท์
สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน
5. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
6. นพ.ทศินกร โนรี
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ



7. นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
8. นพ.นิวัฒน์ จั๊กว่าฬ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
9. นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล
สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพ
10. นพ.ภูษิต ประคองสาย
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
11. นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ
สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
12. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
13. ทพญ.ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
14. นพ.ดร.สัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์
สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
15. พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
16. รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ
สำนักงานศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
17. คุณน้องนุช บ่อคำ
แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า

18. คุณวนิดา ช่วยปลอด
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
19. คุณสุทธิกานต์ ชุณหะสุทธิวัฒน์
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
20. คุณสุพัตรา บุญญานุภาพพงศ์
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ



